



## UNIVERSIDADE DO ALGARVE

# A Resiliência, o Suporte Social e o Bem-Estar na Adaptação ao Envelhecimento

**Sílvia Maria Costa Henriqueto**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia da Educação

**Trabalho efetuado sob a orientação de:**

**Orientadora:** Prof. Doutora Maria Helena Venâncio Martins

**Coorientador:** Prof. Doutor Luís Sérgio Gonçalves Vieira

# A Resiliência, o Suporte Social e o Bem-Estar na Adaptação ao Envelhecimento

## **Declaração de autoria de trabalho**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Sílvia Maria Costa Henriqueto

## **Copyright**

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

## Agradecimentos

Professora Maria Helena, minha orientadora, obrigada por tudo! Agradeço-lhe pelas várias horas que me dispensou, pelas várias aprendizagens que me possibilitou e por todas as reflexões que me ajudou a construir. A sua disponibilidade foi muito importante ao longo de todo este tempo. Obrigada também por toda a paciência sempre que eu ia ao seu gabinete “chateá-la”, pois apesar de ter sempre tanto trabalho entre mãos, sempre teve tempo para mim, muito obrigada. Apesar da professora não gostar nada de mim (nem eu de si), espero continuar a poder colaborar consigo, pois seria uma honra trabalhar ao lado de uma profissional com tantos conhecimentos e de uma pessoa tão admirável!

Professor Luís Sérgio, meu coorientador, obrigado pelas críticas tão necessárias e tão pertinentes. O facto de o ter como coorientador foi uma grande mais-valia para o desenvolvimento deste trabalho.

Mãe e Pai, muito obrigado por todo o apoio ao longo de toda esta caminhada. Obrigado por me terem permitido chegar aqui e por me apoiarem sempre que as coisas não estavam assim tão fáceis. Obrigada por terem ido comigo até a alguns locais de recolha e por toda a paciência que tiveram comigo. Mana, obrigado pelas leituras atentas e por todo o apoio que sempre demonstraste.

Daniel, minha vida, muito obrigado por tudo! Foste e és o meu pilar, que nunca permitiste que eu deixasse de sorrir, mesmo quando as coisas não me corriam assim tão bem! Obrigada pelo apoio, obrigada por nunca me teres deixado desistir e obrigada por estares ao meu lado! Foste e és imprescindível!

Maria Inês, APS, muito obrigada pelos contantes feedbacks! É incrível que ao longo deste ano, mesmo abarrotadas de trabalho, sempre conseguimos arranjar tempo para dar feedback uma à outra. Sabemos perfeitamente o trabalho e as dificuldades que ambas tivemos ao longo da construção da dissertação, e por isso, agradeço-te todos os teus comentários e apoio. Muito obrigada pela amizade que construímos no 1º ano de mestrado e que, garanto-te, não vai terminar por aqui.

Professor Luís Faísca, seria impossível não ter um comentário de agradecimento, sabendo que desde o 1º ano da licenciatura me chateia por causa das “ovelhinhas”! Quero-lhe agradecer por todos os ensinamentos, principalmente ao nível da estatística e SPSS, na qual o professor é tão sabedor. Obrigada por me ter dado o privilégio de tirar algumas dúvidas bastantes pertinentes no âmbito da minha dissertação, e que tanto, mas tanto me ajudaram. Muito Obrigado!

Professora Cátia Martins, agradeço-lhe por aqueles momentos que me dispensou quando eu estava mesmo sem saber para onde era o norte no âmbito da estatística. Sempre se mostrou muito disponível, e deixo-lhe o meu muito obrigado.

Por último, deixo o meu mais sincero agradecimento às instituições que aceitaram colaborar na presente investigação. A todos os Lares, Centros de Dia e Universidades Séniores, o meu muito obrigada:

- Âncora – Associação Centro Comunitário de Santa Luzia
- Associação Social e Cultural de Almancil
- Associação de Amigos da Terceira Idade de Fortios

- Centro de Bem-Estar de Santa Bárbara de Nexe
- Universidade do Algarve para a Terceira Idade (Faro)
- Universidade Sénior de Ponte de Sôr
- Universidade Sénior de Portalegre
- Universidade Sénior de Lagos
- Academia Sénior de Aprendizagem e Solidariedade (Tavira)

Para terminar os agradecimentos, quero sublinhar a minha sentida gratidão por todos os idosos que disponibilizaram algum tempo do seu dia para conversar comigo! Sem a vossa preciosa ajuda este trabalho não teria sido possível, por isso vos agradeço verdadeiramente, não só pelos questionários respondidos, mas também pelas vossas partilhas e sorrisos! Muito Obrigado!

## Resumo

Nas últimas décadas, o envelhecimento bem-sucedido enquanto processo contínuo, complexo e heterogêneo, tem vindo a constituir-se como temática de investigação. Neste sentido, a resiliência, o bem-estar subjetivo, o bem-estar psicológico e o suporte social constituem-se como variáveis fulcrais que podem contribuir para o envelhecimento bem-sucedido, funcionando como importantes fatores de proteção na terceira idade.

A presente investigação visa como objetivo geral analisar a resiliência, o suporte social, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico nos idosos. Mais concretamente com os objetivos específicos, pretendeu-se a análise das relações entre estas variáveis e as variáveis sociodemográficas, a institucionalização, e, também, investigar o poder preditivo das variáveis estudadas, na resiliência neste grupo de idosos.

A amostra é constituída por 84 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos, de ambos os sexos, dividida em dois grupos amostrais, nomeadamente, 44 idosos institucionalizados e 40 idosos não institucionalizados.

Para a avaliação das variáveis em estudo foram aplicados o Inventário *Measuring State and Child Resilience* (MSCR), a Escala de Afetividade Positiva e Afetividade Negativa (PANAS), a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), a Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia de Lawton (PGCMS) e o Questionário de Suporte Social – versão reduzida (SSQ6).

Os principais resultados indicam que, de um modo geral, esta amostra de idosos revela valores positivos no que diz respeito à resiliência e à satisfação com a vida, apresentando menos afetos negativos do que afetos positivos. Os idosos parecem estar satisfeitos com o suporte social que recebem, mesmo que este seja proporcionado por um baixo número de pessoas. Relativamente ao bem-estar psicológico, apesar dos idosos apresentarem atitudes positivas face ao envelhecimento, demonstram também níveis elevados de solidão/insatisfação e de agitação, o que são indicadores negativos do bem-estar psicológico. Concluiu-se, igualmente, que os afetos positivos predizem a resiliência neste grupo de idosos.

**Palavras-chave:** envelhecimento, resiliência, bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico, suporte social, institucionalização

## **Abstract**

In recent decades, the successful aging while a process continuous, complex and heterogeneous, has been constituted as research topic. In this sense, the resilience, the subjective well-being, psychological well-being and social support constitute themselves as key variables that may contribute to successful aging, functioning as important protective factors in old age.

In this research it was intended as a general objective to analyze the resilience, social support, the subjective well-being and psychological well-being in the elderly. In terms of specific objectives, it is intended to analyze the relationships between these variables and sociodemographic variables, institutionalization, and also investigate the predictive variables of resilience in this group of seniors.

The sample consists of 84 participants, aged between 65 and 94 years, of both genders, divided into two sample groups, including 44 elderly institutionalized and 40 non-institutionalized elderly.

For the evaluation of the variables under study, have been applied the Inventory Measuring State and Child Resilience (MSCR), Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS), the Satisfaction With Life Scale (SWLS), the Phipadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) and the Social Support Questionnaire - short version (SSQ6).

The main results indicate that, in general, this elderly sample shows positive values with respect to resilience and life satisfaction, with less negative affect than positive affect. Older people seem to be satisfied with the social support they receive, even if it is provided by a small number of people. Regarding the psychological well-being, despite the elderly presenting positive attitudes to aging, also demonstrate high levels of loneliness / dissatisfaction and agitation, which are negative indicators of psychological well-being. Concluded also that positive affect predict resilience in this group of seniors.

**Keywords:** aging, resilience, subjective well-being, psychological well-being, social support, institutionalization

## Índice

<b>Introdução</b>	1
<b>Parte I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	5
<b>1. O envelhecimento bem-sucedido</b>	6
1.1. Definição de conceitos	
1.2. Teorias psicológicas do envelhecimento	
1.3. Mitos e estereótipos sobre o envelhecimento	
1.4. Os efeitos da institucionalização no envelhecimento	
<b>2. A resiliência, o bem-estar e o suporte social: fatores de proteção no envelhecimento</b>	
2.1. A resiliência	18
2.1.1. Definição de conceitos	
2.1.2. A resiliência no envelhecimento	
2.2. O bem-estar	26
2.2.1. Definição de conceitos	
2.2.2. O bem-estar psicológico no envelhecimento	
2.2.3. O bem-estar subjetivo no envelhecimento	
2.3. O suporte social	32
2.3.1. Definição de conceitos	
2.3.2. O suporte social no envelhecimento	
<b>Parte II – ESTUDO EMPÍRICO</b>	40
<b>3. Da Problemática à Questão de Investigação</b>	41
<b>4. METODOLOGIA</b>	43
4.1. População e Amostra	
4.1.1. Caracterização da Amostra	
4.2. Instrumentos de recolha de dados	
4.3. Procedimentos de recolha e análise de dados	

<b>5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>53</b>
<b>5.1.</b> Análise descritiva dos resultados obtidos nas diversas escalas	
<b>5.2.</b> Resiliência, suporte social, bem-estar e variáveis sociodemográficas	
5.2.1. Idade	
5.2.2. Género, estado civil, escolaridade e profissão	
5.2.3. Avaliação da situação económica e da saúde	
<b>5.3.</b> Resiliência, suporte social, bem-estar e institucionalização	
<b>5.4.</b> Análise correlacional entre a resiliência, o suporte social e o bem-estar	
<b>5.5.</b> Análise das variáveis preditivas da resiliência	
 <b>6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	 <b>65</b>
<b>6.1.</b> Resiliência, suporte social e bem-estar nos idosos	
<b>6.2.</b> Relações entre a resiliência, o suporte social, o bem-estar e as variáveis sociodemográficas	
<b>6.3.</b> Relações entre a resiliência, o suporte social, o bem-estar e a institucionalização	
<b>6.4.</b> Análise das variáveis que influenciam positivamente a resiliência dos idosos	
 <b>Conclusão</b>	 <b>75</b>
 <b>Referências Bibliográficas</b>	 <b>82</b>
 <b>Apêndices</b>	 <b>96</b>
 <b>Anexos</b>	 <b>118</b>



## Índice de Apêndices

<b>Apêndice 1</b> – Princípios da Teoria do Desenvolvimento e do Envelhecimento de Baltes ---	97
<b>Apêndice 2</b> – Profissões segundo a Classificação Social de <i>Graffar</i> -----	99
<b>Apêndice 3</b> – Questionário sociodemográfico -----	101
<b>Apêndice 4</b> – Dimensões, objetivos e tipos de questões do questionário sociodemográfico --- -----	106
<b>Apêndice 5</b> – Pedido para utilização das escalas aos autores -----	108
<b>Apêndice 6</b> – Pedido de autorização de recolha de dados-----	113
<b>Apêndice 7</b> - Consentimento Informado -----	116

## Índice de Anexos

<b>Anexo 1</b> – MSR ( <i>Measuring State Resilience</i> ) -----	119
<b>Anexo 2</b> – MCR ( <i>Measuring Child Resilience</i> ) -----	121
<b>Anexo 3</b> – PANAS (Escala de Afetividade Positiva e Afetividade Negativa) -----	123
<b>Anexo 4</b> – SWLS (Escala de Satisfação com a Vida) -----	125
<b>Anexo 5</b> – PGCMS (Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia de <i>Lawton</i> ) --	127
<b>Anexo 6</b> – SSQ6 (Questionário de Suporte Social – versão reduzida) -----	129

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 4.1.</b> - Frequências ao nível das características sociodemográficas: género, estado civil, número de filhos, escolaridade, situação económica -----	45
<b>Tabela 4.2.</b> - Frequências relativas a cada tipo de atividade de lazer -----	46
<b>Tabela 4.3.</b> - Frequências relativas ao fator institucionalização, regime e tempo -----	48
<b>Tabela 5.4.</b> - Análise descritiva da resiliência, do bem-estar subjetivo, do bem-estar psicológico e do suporte social -----	54
<b>Tabela 5.5.</b> - Análise correlacional da resiliência, do bem-estar subjetivo, do bem-estar psicológico e do suporte social em relação à idade -----	55
<b>Tabela 5.6.</b> - Análise no Teste <i>Kruskal-Wallis</i> no que se refere aos afetos negativos da componente afetiva do bem-estar subjetivo e à componente solidão/insatisfação do bem-estar psicológico -----	57
<b>Tabela 5.7.</b> - Análise no Teste <i>Kruskal-Wallis</i> no que se refere à qualidade de suporte social - -----	58
<b>Tabela 5.8.</b> - Análise correlacional da resiliência, do bem-estar subjetivo, do bem-estar psicológico e do suporte social em relação à institucionalização e respetivo regime -----	61
<b>Tabela 5.9.</b> - Regressão linear múltipla com o objetivo de verificar quais os preditores da resiliência -----	64

---

# INTRODUÇÃO

## Introdução

Ao analisar o processo de envelhecimento devemos ter em atenção a sua individualidade. De facto, existem características típicas da terceira idade mas o envelhecimento é um processo que varia de indivíduo para indivíduo. Não obstante a velhice seja uma etapa do ciclo de vida, esta não é vivida de forma igual em todos os sujeitos. Assinale-se que a própria literatura faz a distinção entre a velhice normal, a velhice bem-sucedida e a velhice patológica (e.g., Fontaine, 2000; Simões, 2005).

Por conseguinte, quando um indivíduo envelhece não estão apenas envolvidos fatores de uma determinada área, uma vez que o envelhecimento implica modificações a nível biológico, social e psicológico. Estes comprometimentos tendem a apresentar um carácter mais amplo quando, por sua vez, a esperança média de vida tende, também, a aumentar cada vez mais. Tendo como referencial o século XVIII, podemos constatar que a esperança média de vida era de cerca de 30 anos, sendo que em 1956 já era de 66 anos, e atualmente, nos países desenvolvidos, é quase de 80 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2012; Oliveira, 2010). Este aumento da esperança de vida leva-nos a refletir sobre o modo como conceptualizamos o envelhecimento e quais as condições que temos para oferecer aos indivíduos com mais de 65 anos de idade.

Se há algumas décadas atrás o envelhecimento era quase um sinónimo de fim de vida, de incapacidades, de demências, atualmente o envelhecimento é muito mais do que isso. Quantas pessoas conhecemos com 70 anos que são completamente autónomas e que mantêm a sua vida social ativa? Quantas pessoas conhecemos que têm 80 anos e que mantêm as suas caminhadas diárias, numa forma física que inveja alguns mais novos? Quantas pessoas conhecemos com 70 anos que se mantêm intelectualmente ativos, numa busca incessante de saber?

Com efeito, os indivíduos com mais de 65 anos já não são, apenas, os que estão institucionalizados com demências, mas também aqueles que, apesar de todas as adversidades próprias desta faixa etária, continuam a (re)agir.

Assim sendo, torna-se imprescindível quebrar os preconceitos que associam o envelhecimento à degradação da saúde física e mental, para dar lugar a perspetivas mais positivas, no sentido de contribuir para uma melhor adaptação ao envelhecimento. Quantos idosos conhecemos que são capazes de ultrapassar as adversidades que esta etapa de vida acarreta, demonstrando resiliência? Quantos conhecemos que estão satisfeitos com a sua vida?

Destas reflexões e questões, surge a temática da presente investigação: a resiliência, o suporte social e o bem-estar na adaptação ao envelhecimento. Salienta-se estas variáveis em estudo precisamente no sentido de contribuir para encarar o envelhecimento com uma visão mais positiva.

Deste modo, objetiva-se uma investigação em torno destas variáveis, na medida em que estas podem ser conceptualizadas como fatores de proteção no envelhecimento.

Apesar da literatura científica da área apresentar alguns estudos nesta temática, são em maior número os estudos que recaem sobre a perspetiva mais negativa do envelhecimento, da institucionalização dos idosos, dos maus-tratos, da discriminação, dos estereótipos negativos e sobretudo das suas vulnerabilidades. Em sentido oposto, às vulnerabilidades subjacentes à terceira idade, parece-nos crucial investir em estudos que possam contribuir para investigar fatores que podem contribuir para um envelhecimento bem-sucedido.

Face ao explanado, o presente estudo tem como principal premissa conhecer para melhor intervir no âmbito educacional, apresentando como principal objetivo a análise da resiliência, o suporte social, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico em indivíduos idosos. Esta premissa parte ainda do princípio de que os nossos resultados poderão constituir importantes pistas, quer para novas investigações, quer para uma intervenção mais eficaz, enquanto psicólogos, com os idosos.

Atendendo a que a institucionalização dos idosos tem vindo a constituir-se como uma resposta possível às dificuldades que a atual geração tem para gerir a vida dos mais idosos, foi também delineado como objetivo a análise dos idosos que se encontram em situação de institucionalização, no sentido de averiguar se este fator se constitui como um risco ou, pelo contrário, como proteção.

Apresentando como referencial os objetivos delineados, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes: o enquadramento teórico e o estudo empírico.

O enquadramento teórico diz respeito à revisão da literatura dividida em dois capítulos, sendo que o primeiro se debruça sobre a conceptualização mais geral acerca do envelhecimento, teorias do envelhecimento, mitos e estereótipos e, ainda, a institucionalização. Por sua vez, o segundo capítulo dedica-se às variáveis psicológicas em estudo, nomeadamente a resiliência, o bem-estar psicológico, o bem-estar subjetivo e o suporte social, sendo que, numa primeira abordagem, são definidos os conceitos e, posteriormente, apresentadas algumas investigações realizadas neste âmbito.

Em relação ao estudo empírico, são inicialmente explicitados os objetivos gerais e específicos e, em seguida, é descrita a metodologia da investigação, que inclui a

caracterização da amostra, a apresentação dos instrumentos de recolha de dados e os procedimentos de recolha e análise dos dados. Posteriormente, são apresentados os resultados, seguindo-se a sua discussão.

Por fim, são apresentadas as principais conclusões, refletindo-se sobre os possíveis contributos do estudo, as limitações do mesmo, terminando com algumas sugestões para futuras investigações.

## **Parte I**

---

# **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **1. O envelhecimento e a velhice**

### **1.1. Definição de conceitos**

Em Portugal, à semelhança de outros países, tem-se vindo a verificar um aumento significativo da esperança média de vida, sendo atualmente de 79,55 anos, especificamente de 76,47 anos para os homens e 82,43 anos para as mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2013). Assinale-se, contudo, que este aumento da esperança média de vida acarreta inúmeras consequências que importa ter em atenção, sendo necessária quer uma preocupação maior com os idosos, quer uma mudança de estereótipos relativamente a estes. É fundamental, ainda, que a sociedade tenha em atenção a preparação para o envelhecimento, isto é, para que esta etapa do ciclo de vida possa ser vivida, por um lado, com maior qualidade e, por outro lado, procurando a otimização das capacidades do idoso.

Os idosos, ou pessoas de terceira idade, são considerados pela Organização Mundial da Saúde (1999) como as pessoas com mais de 65 anos de idade nos países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade nos países em desenvolvimento. Segundo Riley (1988, citado por Lima, 2010), a população idosa poderá diferenciar-se em três idades: os jovens idosos, entre os 65 e os 74 anos; os idosos, entre os 75 e os 84 anos; e os idosos mais velhos, a partir dos 85 anos.

Contudo, o indivíduo não tem apenas uma idade (i.e., a cronológica), mas sim três idades diferentes, nomeadamente, a idade biológica, a idade social e a idade psicológica, que devem ser tidas em consideração (Schroots & Birren, 1990). A idade biológica refere-se aos níveis de maturidade física, modificações de cada órgão e estado de saúde estando associada ao envelhecimento orgânico; a idade social alude aos papéis e funções desempenhadas, relativamente aos outros membros da sociedade, sendo fortemente influenciada pela cultura; a idade psicológica está relacionada com o desenvolvimento do indivíduo a nível cognitivo-emocional, incluindo as capacidades mnésicas, intelectuais, bem como as motivações e competências adaptativas (Fontaine, 2000; Oliveira, 2010).

Neste contexto, importa diferenciar os conceitos de velhice e de envelhecimento. Enquanto a velhice diz respeito a uma etapa do ciclo de vida, o envelhecimento diz respeito a um processo. A velhice é, assim, uma etapa da vida que apresenta algumas características típicas que definem a entrada de um indivíduo neste estágio (e.g., a entrada na reforma, a passagem para a condição de viuvez, a degradação física impossibilitadora de autonomia). Contudo, convém referenciar que estas características diferem de indivíduo para indivíduo, em função da idade, do género, do nível de escolaridade, ou mesmo em função do nível

económico (Mangas, 2009). Por sua vez, o envelhecimento não é meramente uma etapa, mas sim um processo contínuo, complexo e heterogéneo. Segundo Fernandes (2002), o envelhecimento diz respeito à perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação ao meio ambiente, que se caracteriza por um conjunto de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos em cada indivíduo.

De facto, quando se tem em conta a preocupação com a velhice, importa ter em consideração o envelhecimento bem-sucedido ou envelhecimento ótimo, uma vez que o envelhecimento deve ser vivido e experienciado de uma forma positiva e saudável, encarando a velhice como, simplesmente, uma nova etapa da vida (Imaginário, 2008). Para a definição de velhice bem-sucedida, importa ter em atenção três categorias de fatores: (1) uma minimização de acontecimentos negativos e indesejáveis (i.e., a probabilidade reduzida de doenças, principalmente as que impedem a manutenção da autonomia); (2) a manutenção da atividade cognitiva e física a um nível elevado; (3) a manutenção da participação social, o bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida (Fontaine, 2000; Rowe & Kahn, 2006; Simões, 2006).

No que diz respeito ao primeiro conjunto de fatores, o baixo risco de doenças, ou a sua prevenção, este aponta para que o envelhecimento bem-sucedido esteja relacionado com uma velhice saudável. É, então, necessário reverter o estereótipo de que as pessoas idosas são frágeis e doentes, até porque não existe apenas o envelhecimento patológico, mas existe, também, o envelhecimento normal. O envelhecimento normal refere-se a todas as características e mudanças inerentes à velhice, que podem provocar suscetibilidade no indivíduo, mas que não está associado a doenças, o que permite garantir que é possível um envelhecimento saudável (Simões, 2005; 2006).

No que se refere à manutenção de um elevado funcionamento físico e cognitivo, é importante que os idosos pratiquem, regularmente, atividade física. As atividades físicas acarretam benefícios, como o “aumento da força, da resistência e do tônus muscular; acréscimo da autoestima e da autoconfiança; diminuição das mortes por doenças cardíacas; menores riscos de diabetes e cancro do cólon; prevenção da tensão arterial” (Simões, 2005, p. 222). Quanto ao funcionamento cognitivo, é essencial que o idoso tenha a consciência de que nem todas as capacidades cognitivas sofrem declínios com o decorrer da idade, e que é fundamental continuar a estimular o cérebro para minimizar esses mesmos declínios, através da educação, através de atividades culturais (e.g., turismo, leitura) ou mesmo através das atividades de vida diárias (i.e., todas as atividades que permitem ao indivíduo manter a sua autonomia) (Simões, 2005; 2006).

O terceiro conjunto de fatores que aponta para o envelhecimento bem-sucedido faz referência ao empenhamento ativo face à vida. Este implica aspetos como o estabelecimento de relações com os outros, no sentido dos apoios instrumental e socio-emocional, uma vez que estes contribuem para o bem-estar dos idosos e para o facto de se sentirem mais felizes (Simões, 2005; 2006).

Não obstante, quando abordamos a questão da velhice bem-sucedida, importa ter em atenção conceitos como a plasticidade (i.e., reservas que o indivíduo possui para otimizar o seu funcionamento) e a elasticidade (restauração) cerebral (i.e., a capacidade que o indivíduo apresenta na manutenção e recuperação de comportamentos adaptativos após um declínio ou uma incapacidade, resultante de um acontecimento negativo). Assinale-se que, segundo Fontaine (2000), a plasticidade diminui com o envelhecimento.

Existem, contudo, fatores de predição para uma velhice ótima. No que se refere ao nível cognitivo, o fator que melhor parece predizer a velhice bem-sucedida é o nível de escolaridade, seguido da “capacidade de expiração pulmonar que está significativamente correlacionada com a manutenção das atividades cognitivas” (Fontaine, 2000, p. 153). Relativamente ao nível físico, é o aumento da atividade física que melhor parece predizer a velhice bem-sucedida. Por último, a personalidade também se apresenta como um fator de predição, nomeadamente, a perceção da eficácia pessoal ou de autoconfiança (Fontaine, 2000).

Neste âmbito, refira-se uma investigação realizada por Knight e Ricciardelli (2004), com idosos entre os 70 e os 95 anos. Os autores definiram como fatores a analisar a adaptabilidade, a autoaceitação, a religiosidade, as atitudes em relação ao envelhecimento e a flexibilidade, no sentido de verificar qual a sua relação com o envelhecimento bem-sucedido. Os resultados demonstraram que, de entre os fatores analisados, a autoaceitação e a flexibilidade são os principais fatores preditores do envelhecimento bem-sucedido. Os autores afirmam que estes resultados são corroborados por Ryff (1991), na medida em que a capacidade de aceitação de si mesmo desempenha um papel fulcral para que os idosos continuem a determinar metas para o seu futuro, podendo a satisfação com a vida ser um reflexo desta autoaceitação. Por sua vez, o facto da flexibilidade também se ter associado ao envelhecimento bem-sucedido é, igualmente, de extrema importância, uma vez que um indivíduo com uma personalidade flexível apresenta uma maior capacidade de adaptação às perdas normativas do envelhecimento (Knight & Ricciardelli, 2004).

Refira-se um outro estudo, realizado no Brasil, com a intenção de verificar quais os fatores que se encontram associados ao envelhecimento bem-sucedido, o qual indica como

principais fatores: a manutenção da função cognitiva, a manutenção da capacidade funcional, o bem-estar e a resiliência. Além destes fatores, também foram identificadas variáveis sociodemográficas como apresentando uma relação com o envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente, a escolaridade, a faixa etária, o estado civil, a realização de consultas médicas e a percepção do seu estado de saúde (Rosa, 2007).

Um outro estudo realizado por Deponti e Acosta (2010), com o objetivo de averiguar a compreensão dos idosos acerca dos fatores que influenciam um bom envelhecimento, verificou que não existe, para estes, um único fator isolado que predispõe para um bom envelhecimento. Para os idosos, há uma combinação de um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais para que o envelhecimento seja experienciado de forma saudável.

Ainda neste âmbito, assinala-se o estudo de Garcia e colaboradores (2011) com o objetivo de definir quais os preditores do envelhecimento bem-sucedido, analisando os seguintes preditores: as características sociodemográficas, os estilos de vida, as características físicas, o funcionamento cognitivo, a personalidade e as características psicossociais. No que diz respeito às características sociodemográficas, o estudo revelou que o indicador mais importante é o género, sendo o sexo masculino um preditor do envelhecimento bem-sucedido. Por sua vez, quanto aos estilos de vida, este encontra-se associado ao consumo moderado de bebidas alcoólicas e à prática regular de exercício físico. No que se refere às características físicas, é a força o principal indicador do envelhecimento bem-sucedido. Ao nível do funcionamento cognitivo, os resultados mostraram que este se relaciona com o envelhecimento bem-sucedido através da prova *Digit symbol* (Código) da WAIS III. A personalidade relaciona-se através da avaliação das próprias aptidões e dos traços de neuroticismo, extroversão e abertura à experiência. Por fim, no que se refere ao último preditor, características psicossociais, estas relacionam-se com o envelhecimento bem-sucedido através do ato de ajudar os outros e da existência de uma rede familiar.

Ainda neste âmbito, a Organização Mundial de Saúde (2002) adotou a expressão de envelhecimento ativo que designa a otimização das oportunidades de vida, ao nível da saúde, participação e desenvolvimento pessoal, ao longo do processo de envelhecimento.

## **1.2. Teorias psicológicas do envelhecimento**

Existem diversas teorias do envelhecimento, nomeadamente, teorias biológicas, sociológicas e psicológicas. As teorias biológicas compreendem o envelhecimento com origem genética, metabólica, celular ou molecular, caracterizado por um declínio e deterioração biológica (Farinatti, 2002). As teorias sociológicas dão ênfase ao impacto da

sociedade e às condições sociais no envelhecimento (Siqueira, 2002; Caldas, 2007; Netto 2000). No que concerne às teorias psicológicas do envelhecimento, estas têm em consideração os processos mentais, o comportamento, os sentimentos e a personalidade, no sentido de que as mudanças que ocorrem nesta etapa do ciclo de vida e o modo como os indivíduos lidam com estas, predizem um envelhecimento ótimo ou, pelo contrário, desorganizado (Netto 2000).

Tendo como referencial as principais teorias que reúnem um maior consenso na investigação, é de referir quatro teorias psicológicas do envelhecimento: a Teoria de Erikson, a Teoria da Gerotranscendência de Tornstam, a Teoria da Gerodinâmica de Schroots e a Teoria do Desenvolvimento e do Envelhecimento de Baltes, sendo que será dado um maior ênfase à Teoria de Baltes, pois é uma teoria amplamente descrita e que reúne um maior consenso na literatura.

A Teoria de Erikson, de 1950 e de 1982, conceptualiza o desenvolvimento humano através de estádios, sendo que, em cada um dos estádios, o indivíduo confronta-se com duas crises. Nesta teoria, a terceira idade (a partir dos 60 anos) é apresentada como um período entre a autoaceitação e o desespero, em que o idoso tem duas alternativas para fazer face ao envelhecimento. O indivíduo pode aceitar os declínios próprios da terceira idade, adaptando-se, ou pode revoltar-se com a sua vida, mantendo-se amargurado (Oliveira, 2010).

A Teoria da Gerotranscendência de Tornstam, de 1996, refere que na velhice a visão materialista e pragmática da vida (i.e., dimensões objetivas e racionais) vai dando lugar a uma visão mais transcendente (i.e., dimensões subjetivas e emocionais), proporcionando uma maior satisfação com a sua vida (Tornstam, 2003). Neste sentido, o conceito de transcendência apresenta três níveis de mudança ontológica: o nível cósmico (i.e, alterações relativas ao tempo, espaço e sentido da vida e da morte), o nível do 'eu' (i.e., passagem do egocentrismo ao altruísmo e integração dos vários aspetos do 'eu'), e o nível das relações interpessoais e sociais (i.e., o predomínio das relações profundas e não superficiais, bem como a apreciação da solidão e o aumento da reflexão) (Bruyneel, Alfons & Bart, 2005; Jönson & Magnusson, 2001; Oliveira, 2010; Wadensten, 2007).

Por sua vez, a Teoria da Gerodinâmica ou Teoria da Bifurcação de Schroots, de 1996, contempla o envelhecimento como sendo produto de uma série de transformações onde domina a desordem sobre a ordem. Baseia-se nos comportamentos ao nível do funcionamento biológico, psicológico e social, existindo diversas oscilações no indivíduo que convergem num ponto crítico, do qual resultam determinados pontos de bifurcação, a partir dos quais não se torna possível determinar, *à priori*, qual a direção da mudança, isto é, a mudança é

imprevisível. Assinale-se que esta poderá ser uma mudança integrativa ou desintegrativa (Oliveira, 2010), ou seja, permitir uma boa adaptação e, por isso, constituir-se como uma mudança benéfica, ou convergir numa má adaptação, “que se desintegra no caos” (Paiva, 2008, p. 31).

Refira-se, com maior destaque, a Teoria do Desenvolvimento e do Envelhecimento de Baltes, de 1987, sendo esta uma teoria que tem o seu enfoque nas interações que ocorrem entre o indivíduo e os contextos (Fonseca, 2005).

Esta teoria explana o desenvolvimento humano através de seis princípios (Apêndice 1), que preconizam o desenvolvimento humano como um processo que ocorre ao longo da vida (i.e., com períodos de continuidade e de descontinuidade), organizando-se através de equilíbrios entre ganhos (na idade juvenil) e perdas (na velhice), sendo um processo multidimensional e multidirecional. O desenvolvimento do indivíduo é, assim, observado com plasticidade que depende de várias condições, contextos, acontecimentos não normativos e/ou inesperados que podem provocar crises no indivíduo (Baltes & Baltes, 1983; Oliveira, 2010).

Saliente-se, que com base nos seis princípios da sua teoria, Baltes desenvolveu um modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido, denominado de Otimização Seletiva com Compensações. Este modelo baseia-se na dinâmica que ocorre entre os ganhos e perdas, através de três elementos: seleção, otimização e compensação, onde o idoso através da seleção do mais importante, e da sua posterior otimização, com eventuais compensações, vai envelhecer de um modo mais positivo (Oliveira, 2010).

O primeiro elemento, seleção, diz respeito à diminuição das alternativas possíveis, selecionando o(s) objetivo(s) que mais importam ao indivíduo naquele momento, ou seja, atendendo às perdas inerentes ao envelhecimento, escolhem e focalizam-se numa determinada prioridade. Assim, as expectativas do indivíduo são ajustadas de modo a permitir a manutenção da satisfação. Relativamente à otimização, este é o processo através do qual os recursos internos e externos são adquiridos e aplicados, no sentido de uma maior funcionalidade, amplificando as escolhas realizadas, tendo em conta os meios através dos quais os indivíduos conseguem alcançar os objetivos definidos anteriormente. O terceiro elemento, compensação, é a capacidade de compensar as perdas, nomeadamente, a adoção de alternativas e o investimento em recursos que permitam a manutenção de um bom nível de funcionamento, apesar da existência de perdas e défices decorrentes do envelhecimento (Baltes & Baltes, 1993; *Center for Lifespan Psychology*, s.d.; Fonseca, 2005; Freund & Baltes, 2009; Neri, 2006; Oliveira, 2010).

Assim sendo, esta teoria tem na sua base o paradigma contextualista, uma vez que os indivíduos são agentes ativos no seu desenvolvimento. Os indivíduos vão, assim, selecionar os seus objetivos pessoais, otimizá-los e compensar eventuais perdas desenvolvimentais (Baltes & Baltes, 1993). O Modelo da Otimização Seletiva com Compensações conceptualiza, assim, o envelhecimento bem-sucedido através de uma maximização de ganhos e uma minimização de perdas, através de processos de seleção, otimização e compensação (Boker, 2013; Fonseca, 2005).

Freund e Baltes (1998) realizaram um estudo transversal com 200 idosos com idades entre os 72 e os 103 anos, no sentido de confirmarem se os idosos utilizam estas capacidades e se estas se relacionam com o envelhecimento bem-sucedido. Os resultados demonstraram que, apesar dos três elementos se interligarem positivamente, a otimização e a compensação apresentam-se como mais significativos na contribuição para o bem-estar subjetivo.

Contudo, apesar de se verificar que a otimização e a compensação são dois processos que são utilizados pelos idosos, há igualmente estudos que demonstram que estas capacidades estão mais propensas a decrescer na terceira idade (Ouwehand, Ridder & Bensing, 2007). Freund e Baltes (2009) verificaram o decréscimo destas capacidades após os 67 anos de idade, sendo que a seleção é a única das capacidades que aumenta, de forma moderada, com o aumento da idade. A explicação dos autores para este aumento da capacidade de seleção, ocorre no sentido de que os idosos apresentam uma maior consciência dos objetivos para a sua vida, o que lhes permite realizar uma seleção mais adequada e de forma mais simples.

Uma vez definidos os principais conceitos que se interligam com o conceito de envelhecimento, importa agora um olhar sobre algumas das representações sociais desta etapa da vida.

### **1.3. Mitos e estereótipos sobre o envelhecimento**

Quando se aborda a questão do envelhecimento, surgem dois grandes polos contraditórios ao nível das representações sociais da velhice. Por um lado, destacam-se os aspetos positivos, como a imagem do avô, do contador de histórias, do dono de experiências de vida peculiares e antigas e como usufruindo de mais tempo livre. Por outro lado, também existem os estereótipos negativos, como a imagem da pessoa incapaz, isolada, aquele que é inábil para lidar de modo eficaz com as tarefas do quotidiano, que é dependente de outros para sobreviver e que revela um distanciamento emocional perante os acontecimentos de vida e as próprias pessoas (Fontaine, 2000).

No entanto, as representações da velhice não existem apenas por parte da sociedade, mas também existem e têm consequências nos próprios indivíduos idosos. Para alguns, a velhice é encarada como se se tratasse de uma oportunidade (i.e., no sentido da aquisição e do desenvolvimento de novas atividades e/ou amizades) (Pimentel, 2005), ou simplesmente como mais uma etapa da vida que pode e deve ser vivenciada de forma significativa (Netto, 2000). Para outros, quando o idoso, apesar de querer continuar a desempenhar um papel ativo na sociedade, não tem planos para o futuro, surgem-lhe algumas barreiras que resultam, principalmente, das representações sociais que acarretam mitos e preconceitos sobre o envelhecimento (Pimentel, 2005). De facto, a perda dos papéis sociais e o sentimento de vazio por não ter novas funções é um dos primeiros impactos que o envelhecimento acarreta ao indivíduo (Netto, 2000).

Por conseguinte, às características mais negativas, está inerente o *ageísmo* ou *idadismo*. O *ageísmo* consiste num estereótipo, preconceito ou discriminação baseada na idade, isto é, uma atitude que influencia o modo como se olha para as pessoas idosas e a forma como nos comportamos perante estas. Esta discriminação negativa contra os mais velhos é percecionada nas atitudes, descrições comuns dos idosos e piadas sobre os mesmos (e.g., ‘inválido’, ‘inútil’, ‘incapaz’, ‘morte à vista’, ‘atitudes infantilizadas’, ‘exclusão social’) (Berryman, Hargreaves, Herbert & Taylor, 2002; Fonseca, 2006).

Os principais estereótipos difundem, assim, uma imagem de um idoso fraco, débil, sem interesse, introvertido, apático, isolado e em declínio (Vergueiro & Lima, 2010), por se considerar que a velhice se constitui como uma etapa inconveniente, com pouca utilidade e, ainda, associada a incapacidades (Martins & Rodrigues, 2004).

Palmore (1999) reconheceu quatro formas que os idosos apresentam para reagir ao *ageísmo*: a aceitação, a negação, a evitação e a reforma, sendo que destas podem advir consequências negativas e prejudiciais para os idosos. A aceitação diz respeito ao afastamento voluntário e à apatia que, consequentemente, prejudica a imagem que o idoso tem do seu papel. A negação diz respeito ao momento em que o idoso tenta modificar-se de modo a parecer jovem (e.g., recorrer a cirurgia plástica). Por sua vez, a evitação ocorre quando o idoso apresenta comportamentos que o fragilizam, como o isolamento, o alcoolismo, a dependência de drogas, o suicídio. Por fim, os idosos podem ainda ter reações de reforma, isto é, o idoso reconhece os estereótipos e a discriminação de que é alvo, e tenta que estes sejam eliminados, através de atividades e comportamentos (a nível individual) que não se adequam aos estereótipos negativos (Magalhães, Fernandes, Antão & Anes, 2010).



Para além do *ageísmo*, uma das principais atitudes negativas contra os idosos diz respeito à infantilização (que ocorre quando o idoso começa a perder as suas capacidades e a sua autonomia). Esta atitude manifesta-se, comumente, pelo tratamento por ‘tu’, pela utilização de diminutivos, por uma exagerada simplificação das atividades sociais e recreativas e, ainda, por atividades que não correspondem às necessidades dos idosos, tratando-os como se fossem crianças (Custódio, 2008; Martins & Rodrigues, 2004).

Existem, igualmente, algumas limitações que estão associadas ao envelhecimento, nomeadamente ao nível biológico, psíquico e social, aos quais está associado o mito da improdutividade (Pimentel, 2005), e ainda o estereótipo de que o envelhecimento é quase sinónimo de doença, o que, como é claro, é errado (Simões, 1990).

Assinale-se, assim, que é possível afirmar que a velhice apresenta sempre uma associação com a vulnerabilidade. Por um lado, a vulnerabilidade advém da deterioração das capacidades fisiológicas e neurológicas da pessoa idosa (que a torna mais vulnerável à prática de abusos). Por outro lado, a vulnerabilidade advém do seu estatuto, cada vez mais desvalorizado socialmente, em que existe uma perda progressiva do papel familiar e social que contribui grandemente para o isolamento (Dias, 2004).

Não obstante, quando se fala de vulnerabilidade, podemos ter em atenção três categorias de vulnerabilidade: individual, social e programática. A vulnerabilidade individual diz respeito a aspetos biológicos, emocionais, cognitivos e atitudinais (e.g., idade, género, tipo de informação que o indivíduo tem) (Paz, Santos & Eidt, 2006). A vulnerabilidade social relaciona-se com fatores sociais, culturais e económicos que determinam as oportunidades de acesso aos serviços, enquanto que a vulnerabilidade programática faz referência aos recursos sociais (e.g., acesso aos serviços de saúde) com vista à manutenção dos níveis de bem-estar físico e psicológico do indivíduo (Rodrigues & Neri, 2012).

Um estudo realizado com o objetivo de verificar as relações entre os três tipos de vulnerabilidade na população idosa, obteve como principal resultado que são as variáveis relativas à vulnerabilidade programática as que mais condicionam a qualidade de vida na velhice (Rodrigues & Neri, 2012).

#### **1.4. Os efeitos da institucionalização no envelhecimento**

A institucionalização dos idosos é uma situação cada vez mais comum, quer quando a decisão é tomada pelo próprio, quer quando é imposta por terceiros. A institucionalização é, sem dúvida, uma transição de vida importante para o idoso, pois exige a adaptação a novos papéis, relações e espaços (Roncon & Menezes, 1993).

Assinale-se contudo que, quando os idosos apresentam expectativas positivas face à institucionalização, a velhice não é encarada como um processo de declínio, sendo apenas uma fase da vida. Em sentido oposto, quando os idosos apresentam uma imagem negativa da institucionalização, encaram esta etapa como sinónimo de isolamento e de declínio das funções cognitivas e funcionais (Castro, 2010).

Por conseguinte, quando a mudança para uma instituição é feita por vontade própria, a adaptação é facilitada, permitindo que o idoso mantenha níveis satisfatórios de autonomia e bem-estar. Contudo, muitas vezes, a institucionalização não é o resultado de uma decisão pessoal e as instituições podem refletir o papel que os idosos mantêm na sociedade, de improdutividade. O lar assume, assim, um papel de “guarda, com grande vertente de enfermagem, onde coabitam idosos com ou sem dificuldades funcionais” (Roncon & Menezes, 1993, p. 30).

Não obstante, algumas necessidades dos indivíduos nem sempre são respeitadas (e.g., privacidade, respeito), bem como as suas diferentes personalidades e modos de vida, o que, em conjunto com todas as normas e regras da instituição, podem acarretar uma mudança mais dramática para a institucionalização (Pimentel, 2005). Deste modo, a institucionalização pode ser encarada como um fator de proteção, ou como um fator de risco para os idosos.

De acordo com Pimentel (2005), para que a integração dos idosos ocorra de forma positiva, é necessário investir no estabelecimento de relações sociais, quer com os utentes dentro da instituição, quer com a comunidade. Torna-se fulcral para uma boa adaptação que o idoso mantenha as suas relações sociais fora da instituição, o que depende também do funcionamento e das regras de abertura da própria instituição.

Um estudo, realizado no distrito de Viseu, analisou o tempo e o motivo da institucionalização, no sentido de averiguar se estes fatores influenciavam o processo de adaptação do idoso à institucionalização. Os resultados demonstraram que o tempo de permanência na instituição não se relaciona com uma boa ou má adaptação, mas que o motivo da institucionalização sim. Isto é, os idosos que se encontram na instituição por falta de apoio familiar sentem-se mais adaptados. Assim, e de acordo com as conclusões deste estudo, a institucionalização constitui-se como sendo um fator protetor, e não como um fator de risco, quando os idosos apresentam falta de apoio familiar (Carvalho & Dias, 2011).

No entanto, e de acordo com o estudo realizado por Castro (2010) com o objetivo de analisar as diferenças entre Lares Públicos e Privados no que respeita à institucionalização, verificou-se que não existem apenas aspetos positivos nas instituições. Este estudo conclui que, apesar de um modo geral, as instituições públicas e as privadas se constituírem como

promotoras do bem-estar e da qualidade de vida, verificou-se que, no Lar Público, existem alguns conflitos entre os idosos e os colaboradores, podendo até existir algumas situações de maus-tratos aos idosos. Estas situações parecem contribuir para um descontentamento dos idosos face à institucionalização. Este estudo indica, ainda, como um dos fatores mais negativos da institucionalização, a perda de autonomia que está inerente ao processo de institucionalização, e ainda todas as representações sociais atribuídas à velhice e à institucionalização como uma imagem de dependência e de solidão (Castro, 2010).

Assinale-se a investigação levada a cabo por Duarte e Paúl (2007), igualmente com o objetivo de identificar alguns fatores de diferença entre lares públicos e privados. Um dos fatores apresentados como mais negativo, em relação ao lar público, diz respeito ao baixo grau de apoio que os funcionários dão aos idosos; enquanto que uma das críticas feitas ao lar privado diz respeito ao descontentamento que os idosos apresentam face aos conflitos existentes.

Por sua vez, um outro estudo, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida nos idosos institucionalizados, verificou que à medida que o tempo em lar aumenta, há uma diminuição da qualidade de vida, o que também é um fator que permite olhar para a institucionalização como fator de uma vulnerabilidade para o idoso (Fernandes, 2000).

A institucionalização pode assim acarretar um conjunto de perdas, uma vez que o idoso necessita de se adaptar, não só a um novo espaço, mas também ao nível social, tendo que lidar com o abandono no seu ambiente familiar e, até, da sua liberdade (Paiva, 2008). Saliente-se contudo que a institucionalização pode, de facto, cortar alguns dos laços que o idoso tem com a sociedade, mas pode, igualmente, contribuir para o estabelecimento de novas relações afetivas, o que se torna num fator positivo (Custódio, 2008).

Quando se abordam os fatores positivos que se associam à institucionalização, é de referir quais os aspetos que podem predizer uma maior qualidade de vida dos idosos, aquando da institucionalização. As investigações reúnem um consenso em relação a determinados fatores como a saúde, um maior nível de escolaridade, menos doenças crónicas, um bom desempenho físico e um contacto, regular, com os cuidadores. Contudo, quanto maior o grau de dependência, menor a qualidade de vida verificada (Ferreira, 2009).

No que se refere à participação do idoso na decisão pela institucionalização, esta pode ser de quatro tipos: preferencial, estratégica, relutante ou passiva. O idoso apresenta uma decisão preferencial quando é o próprio quem decide mediante as circunstâncias ou alterações que observa na sua vida e que o levam a ponderar a institucionalização (e.g., quando se sente dependente de terceiros, após a morte do cônjuge). Por sua vez, o idoso apresenta uma

decisão estratégica quando a institucionalização já foi planeada, por si, ao longo da vida. Este tipo de decisão é, geralmente, assumida por idosos solteiros ou que não têm filhos, uma vez que têm consciência de que a sua rede de suporte informal é fraca ou mesmo inexistente, e, por isso, iniciam, antecipadamente, várias visitas a instituições, efetuando a sua pré-inscrição. A decisão do idoso pode, ainda, ser relutante e, neste caso, torna-se doloroso para o idoso, pois esta acontece quando o idoso resiste ou discorda, mas é forçado (quer pela família, quer por técnicos) a ir para a instituição, ou seja, adota uma decisão que não é a sua. Refira-se que, quando esta decisão é estabelecida pelos técnicos, pode ocorrer devido a situações de pobreza, isolamento, incapacidade ou doença grave. Por fim, a decisão do idoso pode, também, ser passiva, ou seja, a decisão é tomada por terceiros e o idoso aceita-a, sem questionar. Este tipo de decisão é frequente nos casos em que o idoso já apresenta demência (Reed, Cook, Sullivan & Buridge, 2003).

Face ao explanado, importa referir que a institucionalização se constitui como um processo que é experienciado de diferentes formas, e que se encontra condicionado pelas representações sociais da velhice e pelo próprio contexto sociocultural (Castro, 2010). Muitas vezes, a institucionalização é a última alternativa que o idoso tem, uma vez que o principal motivo desta mudança é, geralmente, o isolamento, pois muitos idosos não dispõem de uma rede de apoio social (Pimentel, 2005). No entanto, como foi referido, ela pode ser vivenciada como um fator de proteção e resiliência.

## **2. A resiliência, o bem-estar e o suporte social: fatores de proteção no envelhecimento**

### **2.1. A resiliência**

#### **2.1.1. Definição de conceitos**

Quando se aborda o envelhecimento, não estão apenas implicados fatores de risco. Neste sentido é importante focar a resiliência, uma vez que esta pode ser encarada como um fator importante para a manutenção do bem-estar do idoso (Couto, 2005).

A resiliência consiste num processo dinâmico em que os indivíduos apresentam uma adaptação positiva embora estejam perante experiências adversas. Deste modo, a resiliência implica a existência de dois processos: a exposição à adversidade (i.e., risco) e resultados adaptativos positivos (Luthar & Cicchetti, 2000; Masten, 2001).

Segundo Rutter (1999; 2006), a resiliência diz respeito à superação das adversidades, à resistência perante experiências de risco psicossocial. Com efeito, alguns indivíduos apresentam resultados positivos, apesar de ser esperado o desenvolvimento de sequelas em consequência da exposição a determinadas experiências de risco.

Na análise ao conceito resiliência, destaca-se Emmy Werner, considerada a mãe da resiliência, sendo uma das principais pioneiras, ao observar que nem todas as crianças que estavam expostas a situações ou condições de risco, apresentavam ou desenvolviam resultados negativos (Werner, 2012).

Werner e Smith, com recurso a uma investigação longitudinal realizada desde 1955 (tendo durado cerca de 40 anos) na ilha havaiana Kauai, verificaram a existência de um grande número de crianças expostas a fatores de risco (e.g., pobreza, pais alcoólicos), mas que mantinham uma adaptação surpreendentemente positiva, apesar de serem crianças vulneráveis devido aos contextos a que estavam expostos (e.g., não desenvolveram problemas de aprendizagem, de comportamento, e apresentavam habilidades sociais, com bons relacionamentos entre pares). A principal conclusão dos estudos realizados neste âmbito permitiram afirmar que a adversidade, por si só, não acarreta consequências negativas para o indivíduo, podendo mesmo até fortalecê-lo (Werner, 1996; 2012).

Contudo, a autora chama a atenção para a resiliência como sendo um processo dinâmico, e não algo estático, ou seja, um determinado indivíduo não poderá ser rotulado como resiliente, pois a resiliência conceptualiza-se como um processo (Werner, 2012). Luthar, Cicchetti e Becker (2000) analisaram esta conceptualização da resiliência como um traço ou como um processo dinâmico, afirmando que embora muitos autores, comumente, utilizem a expressão ‘crianças resilientes’, não implica que seja um atributo pessoal como a

empatia ou a inteligência. O que, realmente, os autores querem transpor aquando da expressão ‘crianças resilientes’ é que as crianças, embora estejam em determinados contextos que ameaçam o seu bem-estar e perante algumas adversidades, conseguem adaptar-se positivamente.

Além da resiliência ser encarada com um processo ao invés de uma característica estática, é, igualmente, importante ressaltar que a resiliência não é sinónimo de invulnerabilidade, como refere Michael Rutter (Rutter, 1993). De acordo com o autor, o conceito de invulnerabilidade implica uma resistência absoluta a danos, sendo que, na realidade, o indivíduo pode apresentar maior ou menor suscetibilidade ao stress, mas não de forma absoluta, até porque os indivíduos não são todos resilientes da mesma forma. Por outro lado, o autor menciona que o conceito de invulnerabilidade se relaciona como sendo intrínseco, sendo que, a resiliência pode ser intrínseca, mas também pode ser extrínseca ao indivíduo (i.e., estar presente no contexto) (Rutter, 1993).

Assim, as principais conclusões verificadas, face à exposição ao risco e ao desenvolvimento da resiliência, permitem afirmar que a resiliência não consiste no mero evitamento das experiências de risco e que a resiliência não ocorre da mesma forma durante o ciclo de vida do indivíduo e perante todos os acontecimentos (Rutter, 1993).

A resiliência é, assim, de acordo com Grotberg (1995; 2001), a capacidade que o ser humano apresenta para lidar e/ou superar uma experiência de risco e de adversidade, ou mesmo ser reforçado e transformado através dela. Para esta autora, a resiliência tem por base três fatores que correspondem às possíveis fontes da resiliência, nomeadamente o suporte exterior que o indivíduo tem, denominado de *I Have* (i.e., eu tenho), as forças internas do próprio indivíduo, denominado de *I Am* (i.e., eu sou), e as capacidades interpessoais que o indivíduo dispõe para resolução de problemas, denominado de *I Can* (i.e., eu posso).

Não obstante, quer a resiliência seja definida em termos de processo ou como sendo uma característica, existem duas componentes essenciais para que esta se desenvolva; por um lado, a presença de fatores de risco (i.e., acontecimentos de vida stressantes que predisõem o indivíduo à vulnerabilidade) e, por outro lado, a presença de fatores de proteção, quer ao nível individual, quer familiar ou social (Hengudomsub, 2007).

No que concerne aos fatores de risco, estes podem ser de natureza pessoal, social ou ambiental, estando associados a acontecimentos de vida negativos que potenciam resultados indesejáveis no indivíduo. Contudo, a resiliência permite ao indivíduo responder de forma positiva a esse mesmo risco, conduzindo à superação da situação. O indivíduo resiliente será, então, capaz de lidar com a situação adversa, sendo que esta pode mesmo contribuir para o

seu desenvolvimento, através da reformulação da situação, atribuindo-lhe um novo significado (Valada, 2011).

Por sua vez, os fatores de proteção auxiliam o indivíduo a lidar com as situações adversas, sendo definidos como os fatores que modificam ou melhoram a resposta perante o risco. Assim, os fatores de proteção são competências necessárias para que ocorra a resiliência (Hengudomsub, 2007). De acordo com Masten e Garmezy (1985), existem três principais fatores de proteção: características pessoais (e.g., gênero, idade, temperamento, autoeficácia, humor), características familiares e a existência de uma rede de apoio social.

A resiliência pode, assim, ser definida como uma adaptação bem-sucedida perante as adversidades, sendo um processo dinâmico que se pode modificar perante as diversas situações (Edwards, Hall & Zautra, 2012; Rutter, 1999).

De acordo com Rouse (2001) a resiliência implica a utilização de recursos pessoais (biológicos, psicológicos e contextuais), de modo a ser possível o confronto face à adversidade. De facto, e segundo Ribeiro e Morais (2010), para que exista resiliência é necessária a simultaneidade de três fatores, nomeadamente a “capacidade para enfrentar, capacidade de continuar a desenvolver-se e ainda aumentar as competências” (p. 6).

Por outras palavras, a resiliência pode ser encarada como estratégia, capacidade ou competência, com vista ao enfrentamento das adversidades, de forma a que o indivíduo seja capaz de superá-las. Após a superação do acontecimento adverso, o indivíduo vai adaptar-se e recuperar-se, podendo, inclusive, ser modificado por essa mesma adversidade, no sentido da otimização do seu desenvolvimento enquanto ser humano (Noronha, Cardoso, Moraes & Centa, 2009). Esta ideia é corroborada por vários autores (Martins, 2005; Polk, 1997; Rowe & Kahn, 1997, citado por Hengudomsub, 2007; Ryff, Singer, Love & Essex, 1998), que afirmam que a resiliência permite a capacidade de transformação de um acontecimento negativo em crescimento pessoal, no sentido de que, após a passagem pelo acontecimento adverso, o indivíduo tende a manter, recuperar ou melhorar a sua saúde física e mental.

A resiliência pode, assim, caracterizar-se pela capacidade do indivíduo responder às adversidades do seu ciclo de vida, de forma positiva, através de atributos individuais, bem como de recursos contextuais (i.e., contexto familiar, social e cultural) (Noronha et al., 2009).

Ainda neste âmbito, Garmezy, Masten e Tellegen (1984), propõem três diferentes modelos da resiliência que explicam como esta atua no indivíduo: o modelo de compensação (i.e., características individuais ou ambientais que predizem a existência de determinados fatores compensatórios que neutralizam a exposição ao risco); o modelo do desafio (i.e., em que os acontecimentos de stresse e adversidade não são encarados como risco, mas sim como

possíveis potenciadores para uma adaptação bem sucedida); e o modelo dos fatores de proteção (i.e., que afirma que a existência de fatores protetores na interação com fatores de risco, diminui a probabilidade de resultados negativos, predispondo o ser humano para uma boa adaptação e desenvolvimento) (Zimmerman & Arunkumar, 1994).

Com efeito, Masten (2001) chama a atenção para o facto da resiliência não ser algo de extraordinário, mas sim algo que advém do quotidiano, do comum, do habitual, o que permite ter uma visão otimista sobre a implementação da resiliência.

Refira-se ainda a perspetiva construtivista da resiliência, de Michael Ungar, que considera insuficiente a perspetiva ecológica da resiliência, chamando a atenção para uma perspetiva construtivista. Para este autor, a perspetiva ecológica limita-se a estabelecer uma relação causal entre fatores de risco e fatores de proteção, quando, na realidade, a relação entre estes fatores não é hierárquica, nem sistémica, mas antes complexa e contextual. Nesta perspetiva contemporânea, a resiliência é conceptualizada como contextual e cultural, na medida em que é uma construção social, ou seja, os fatores de risco são contextualmente específicos e os fatores de resiliência são multidimensionais (Ungar, 2004).

Assinale-se, por fim, que associados à resiliência encontram-se outros conceitos, nomeadamente, o de *coping* (Ribeiro & Morais, 2010). O conceito de *coping* diz respeito ao modo como os indivíduos lidam com as situações de stresse, quer no sentido de confronto, quer no sentido de enfrentamento (Ribeiro & Rodrigues, 2004). Segundo Lazarus e Folkman (1984), o *coping* representa os esforços cognitivos e comportamentais realizados pelo indivíduo, no sentido de lidar com situações de stresse (i.e., quando o indivíduo perceciona as exigências como ultrapassando os seus recursos disponíveis para lidar com a situação).

Segundo Ribeiro e Morais (2010), o conceito de *coping* é essencial para a compreensão da resiliência no indivíduo, uma vez que, tal como o *coping*, a resiliência implica, também, a resistência e enfrentamento perante a adversidade, apesar da resiliência implicar, ainda, o contínuo desenvolvimento e aumento das suas competências. Assim sendo, enquanto o *coping* consiste num conjunto de estratégias com vista a dar resposta a uma situação de stresse, a resiliência, apesar do elevado nível de stresse, permite uma adaptação positiva. Refira-se que, quando analisados o *coping* e a resiliência, é de notar que os indivíduos que são resilientes utilizam mais estratégias de *coping* focadas no problema, e menos aquelas que se focam apenas na emoção decorrente do problema.

De acordo com Brandtstädter e Rothermund (2002) e com Brandtstädter (2009), os idosos utilizam um processo duplo de *coping* para se ajustarem às dificuldades: o *coping* assimilativo e o *coping* acomodativo. O *coping* assimilativo refere-se a ações compensatórias



dos idosos, no sentido de diminuir as perdas, quer seja através da transformação de situações negativas em situações que se podem adaptar aos seus objetivos, quer através da diminuição da discrepância entre o estado desejado (ou ideal) e o atual (ou real). Por sua vez, o *coping* acomodativo diz respeito à aceitação de objetivos e padrões com um menor grau de exigência, tornando possível a manutenção de autoeficácia e controlo sobre a vida.

Neste sentido, as pesquisas indicam que os idosos até aos 70 anos tendem a utilizar o primeiro estilo de *coping* (i.e., buscam esforços compensatórios), enquanto que a partir desta idade é mais comum observar-se o *coping* acomodativo, na medida em que este permite ao idoso usufruir de uma visão mais positiva da sua vida (Rothermund & Brandtstädter, 2003).

### **2.1.2. A resiliência no envelhecimento**

Apesar de ser bastante comum falar da resiliência nas crianças e adolescentes, é, igualmente, essencial abordar a resiliência na velhice e no processo de envelhecimento.

Durante várias décadas, o envelhecimento foi percecionado apenas como uma fase de declínio, de incapacidades e de demência (Wagnild & Collins, 2009). No entanto, apesar de todas as vulnerabilidades e riscos que a velhice predispõe, refira-se que, muitos idosos, passam por esta etapa de vida apresentando capacidades que lhes permitem ultrapassar as diversas adversidades, revelando resiliência. Deste modo, a resiliência constitui-se como um importante agente protetor no envelhecimento, pois oferece aos idosos a habilidade para superar as adversidades normais desta faixa etária (i.e., determinados declínios), apresentando-se como uma capacidade regeneradora que auxilia na manutenção da saúde em detrimento da perda ou da doença (Edwards et al., 2012).

Se os indivíduos resilientes são encarados como possuindo a capacidade de refletir sobre a sua vida, de identificar os recursos internos que dispõem para fazer face às adversidades, e, ainda, a capacidade de julgamento e sabedoria, é possível fazer uma correspondência com a terceira idade, antevendo a resiliência durante a velhice, pois estas são competências adquiridas e que se desenvolvem ao longo da vida (Wagnild & Collins, 2009).

Por conseguinte, altos níveis de resiliência são um fator que auxilia os idosos na adaptação às dificuldades inerentes ao envelhecimento, sendo assim um fator importante a desenvolver na terceira idade (Wells, 2010).

Assim sendo, um dos fatores que se encontra relacionado com a presença da resiliência na velhice, diz respeito ao envelhecimento bem-sucedido (Laranjeira, 2007). Contudo, a resiliência apresenta uma diferença significativa do envelhecimento bem-sucedido, que se refere ao facto da resiliência permitir que todos os indivíduos (i.e., mesmo

aqueles que apresentem alguma doença ou incapacidade) possam ser resilientes. Esta ideia vem no seguimento de que a resiliência permite lidar com as vulnerabilidades, permitindo, assim, que um idoso com determinadas dificuldades ou doenças possa ser encarado como resiliente (Wiles, Wild, Kerse & Allen, 2012). Segundo Harris (2008), o ideal seria lutar, não por um envelhecimento bem-sucedido (uma vez que a sua definição implica baixo risco de desenvolvimento de doenças), mas sim por um envelhecimento com resiliência, uma vez que este, apesar de todas as adversidades, pode contribuir para um envelhecimento satisfatório, mesmo na presença de doença.

Segundo Kahana, Kahana e Kercher (2003), é possível aumentar a capacidade de resiliência nos idosos, através do modelo do envelhecimento bem-sucedido baseado na pro-atividade. Este modelo preconiza a utilização de recursos internos e externos em diversas atividades, com vista, quer ao aumento da qualidade de vida dos idosos, quer ao desenvolvimento da resiliência. Neste sentido, o modelo abrange variadas estratégias, sempre no sentido do empenhamento ativo, nomeadamente, os cuidados de saúde, o suporte social (i.e., quer de familiares, quer de amigos), o uso ativo da tecnologia (e.g., internet), dos conhecimentos e da educação, o autoaperfeiçoamento e a procura de crescimento pessoal e espiritual.

Um outro exemplo de um modelo capaz de promover o desenvolvimento da resiliência diz respeito à teoria sociocognitiva de Bandura (1997). Esta teoria preconiza o desenvolvimento de capacidades autorreguladoras, a avaliação da autoeficácia, a definição de objetivos, a capacidade de tomada de decisão e a análise e resolução de problemas. Além destes aspetos, também contribuem para o desenvolvimento da resiliência as competências emocionais (e.g., empatia, comunicação), de modo a aumentar a eficácia pessoal dos idosos com vista a agir preventivamente e a enfrentar o stresse que é provocado pelas doenças (Valada, 2011).

De igual modo, a resiliência nos idosos pode ser incrementada através de determinadas atividades que contribuam para a sua construção, como atividades em grupos sociais, trabalho de voluntariado ou um novo *hobby* (Edwards et al., 2012).

É ainda de referir, que existem determinados comportamentos e características que conduzem à resiliência, sendo estes, a presença de otimismo, os relacionamentos sociais, possuir um sentido para a vida, ter autoeficácia, flexibilidade e adaptabilidade, manter uma alimentação saudável e apresentar um estilo de vida ativo (Edwards et al., 2012).

Contudo, é de assinalar a diferença existente na conceptualização da resiliência, estejamos a falar de crianças ou de adultos e idosos. A principal diferença verificada

compreende a forma de avaliar a resiliência, no sentido de que, em crianças, a resiliência é percebida através de relatos de outras pessoas, enquanto nos adultos, a resiliência é confirmada através dos seus próprios relatos, ou seja, são os adultos que autoavaliam a sua resiliência, estando esta interligada com outros índices (e.g., bem-estar, depressão), onde são os próprios adultos que confirmam que são bons colegas de trabalho, bons pais, entre outros (Luthar, Sawyer & Brown, 2006).

Atendendo à importância da resiliência no envelhecimento, ao longo das últimas décadas, diversos investigadores têm vindo a desenvolver estudos neste âmbito.

Refira-se um estudo realizado no Reino Unido, com a participação de 60 idosos (com mais de 65 anos) e de 60 jovens (entre os 18 e os 25 anos), com o objetivo de comparar a resiliência entre estes dois grupos. Os principais resultados indicaram que são os idosos o grupo que apresenta mais resiliência, embora os jovens apresentem maior suporte social. Verificaram ainda que a resiliência se encontra associada com a saúde, na medida em que uma baixa perceção de saúde previu baixos níveis de resiliência (independentemente da idade) (Gooding, Hurst, Johnson & Tarrier, 2012).

Um outro estudo efetuado no Brasil pretendeu identificar as adversidades e os fatores protetores que os idosos dispunham. Este estudo identificou como principais adversidades, a instabilidade familiar, a morte, a existência de patologias e a existência de carências económicas. Relativamente aos fatores protetores identificados, os investigadores destacam o humor, a autoestima, o sentido da vida, a iniciativa, o autoconceito positivo, a aceitação, a autonomia/independência, o otimismo, a espiritualidade, e o apoio familiar e social (Silva & Alves, 2007).

Assinale-se outro estudo igualmente realizado no Brasil, com a participação de 86 idosos, que analisou as relações da resiliência com as variáveis sociodemográficas e com as funções cognitivas. Os resultados demonstraram que, no âmbito da idade, género e escolaridade, não foram encontradas diferenças significativas sobre as capacidades de resiliência. Relativamente à análise entre a resiliência e as queixas de memória, os resultados demonstraram-se significativos, existindo uma correlação negativa, ou seja, quanto menores são as queixas, maiores os resultados ao nível da resiliência. Por último, foi ainda analisada qual a relação entre a resiliência e os resultados obtidos no *Mini Mental State Examination* (MMSE), sendo que estes se encontram direta e significativamente associados, ou seja, os idosos que apresentaram um desempenho melhor no MMSE, mostraram-se mais resilientes (Fortes, Portuguese & Argimon, 2009). Neste contexto, os autores concluem que o facto da

resiliência não se restringir a determinadas características sociodemográficas, indica que todos os indivíduos podem desenvolver, em qualquer fase da vida, a resiliência (Fortes et al., 2009).

Outro estudo com o objetivo de averiguar possíveis diferenças de resiliência, em relação ao contexto onde os idosos vivem (i.e., áreas rurais, áreas suburbanas e áreas urbanas), não demonstrou qualquer diferença em relação ao contexto onde vivem (Wells, 2010).

Num estudo conduzido por Balbé (2011), com a participação de idosos do sexo feminino (164 idosas), os autores verificaram que as variáveis que se associam com a resiliência são: (1) a percepção de saúde (i.e., quando os idosos têm uma percepção positiva acerca da sua saúde, obtêm resultados mais elevados ao nível da resiliência), (2) o humor (i.e., quando os idosos afirmam sentir-se bem-humorados, apresentam valores superiores de resiliência) e (3) a felicidade (i.e., os idosos felizes apresentam níveis de resiliência maiores que os idosos infelizes). Este estudo examinou, também, a possível existência de relações entre a atividade física e a resiliência, tendo-se verificado que o grupo de idosos que realiza exercício físico apresentava maior autoestima, maior felicidade e mais bom humor, comparativamente ao grupo que não realizava exercício físico. Este resultado indica, que os idosos praticantes de atividade física apresentam maior resiliência, existindo uma relação positiva entre o exercício físico e a resiliência.

Refira-se, também, um outro estudo, com a participação de 65 idosos, em que os resultados demonstram que a autoestima e o suporte social se relacionam positivamente com a resiliência, ou seja, quanto maior a autoestima e o suporte social, maiores são os resultados ao nível da resiliência (Ferreira, Santos & Maia, 2012).

Com o objetivo de verificar as relações entre a resiliência e o *coping* como preditores do bem-estar psicológico nos idosos, cite-se um estudo realizado na cidade de Valência, contando com a participação de 225 idosos não-institucionalizados. Analisando o *coping* focalizado no problema e o *coping* focalizado na emoção, os resultados demonstraram, de uma forma global, que a resiliência, o *coping* centrado no problema e o *coping* centrado na emoção afetam o bem-estar psicológico. Relativamente às relações entre a resiliência e o bem-estar, os resultados demonstraram que a resiliência, isoladamente (i.e., sem incluir as estratégias de *coping*), constitui-se como um forte preditor para o bem-estar psicológico dos idosos. Por sua vez, relativamente às relações encontradas entre as estratégias de *coping* e o bem-estar, verificou-se uma relação positiva e moderada. As principais conclusões deste estudo assentam no facto de que a resiliência se apresenta como um fator relevante para o bem-estar dos idosos, sendo esta uma variável que parece predizer melhor o seu bem-estar,

comparativamente às múltiplas estratégias de enfrentamento (Tomás, Sancho, Melendez & Mayordomo, 2012).

Ainda neste âmbito, assinala-se um estudo efetuado por Wiles e colaboradores (2012) com o objetivo de analisar a opinião dos idosos sobre o envelhecimento resiliente, através de um *focus group* com a participação de 121 idosos. De um modo geral, os aspetos que foram identificados pelos idosos como contribuindo e estando associados a um envelhecimento resiliente foram: uma atitude positiva, a manutenção de relacionamentos sociais, a existência de atividades que permitam ao idoso estar ocupado e motivado e a capacidade para enfrentar situações difíceis e adversidades. Face a estes resultados, os investigadores concluíram que a resiliência é encarada pelos idosos não como uma simples característica ou apenas como um determinado comportamento, mas como um processo multidimensional, apontando tanto para elementos individuais e psicológicos, como também para elementos de cariz social.

## **2.2.O bem-estar**

### **2.2.1. Definição de conceitos**

A literatura científica tem vindo a referir o papel fulcral do bem-estar subjetivo e do bem-estar psicológico uma vez que ambos contribuem para um envelhecimento bem-sucedido.

O bem-estar psicológico diz respeito ao funcionamento psicológico positivo do indivíduo, através de seis dimensões: a aceitação de si, o sentido e/ou objetivos de vida, o domínio sobre o ambiente, as relações positivas com os outros, a autonomia e o crescimento pessoal. A aceitação de si refere-se à aceitação de bons ou maus sentimentos relativos à sua vida; os objetivos ou sentido de vida dizem respeito à existência de objetivos que o indivíduo cria de modo a direcionar os seus comportamentos e conferir sentido à sua vida; o domínio sobre o meio consiste na capacidade do indivíduo para escolher e criar um determinado ambiente compatível consigo; as relações positivas com os outros representam relações de afeto, confiança, empatia e intimidade; a autonomia caracteriza-se pela independência, um *locus* de controlo interno e autodeterminação; e, por fim, o crescimento pessoal diz respeito à capacidade de desenvolvimento pessoal (Ryff, 1989).

De acordo com os autores Pinquart e Sorensen (2000), o bem-estar psicológico é definido como uma avaliação positiva que o indivíduo faz da sua vida, em associação a sentimentos positivos e determinadas dimensões, nomeadamente, autoestima, satisfação de vida e ânimo.

Contudo, ao se abordar o bem-estar psicológico na terceira idade, este é conceptualizado em três fatores: Solidão/Insatisfação, Atitudes face ao próprio envelhecimento, e Agitação (Lawton, 1975).

Por sua vez, Diener e Diener (1996) referem que o bem-estar subjetivo consiste numa avaliação que os indivíduos realizam quanto à sua própria vida, sendo composto por duas dimensões: afetiva (i.e., afetividade positiva e afetividade negativa) e cognitiva que diz respeito à avaliação global que o indivíduo faz da sua vida (i.e., a satisfação com a vida) (Diener, Oishi & Lucas, 2003; Galinha & Ribeiro, 2005).

Importa ainda definir a satisfação com a vida, que está relacionada com a avaliação realizada pelos próprios indivíduos, entre as aspirações e as realidades, ou seja, a satisfação de vida na velhice é conceptualizada na medida em que se verifica a discrepância entre as aspirações iniciais e o que foi alcançado (i.e., objetivos previstos e metas conseguidas) (Paúl, 1992). Refira-se que a satisfação com a vida na velhice implica diversas dimensões, nomeadamente, recursos pessoais e sociais (Fry, 1992, citado por Fonseca, 2006).

Torna-se, assim, relevante referenciar o bem-estar subjetivo na vida dos idosos, uma vez que este influencia a saúde mental dos indivíduos (Ribeiro, 2009).

### **2.2.2. O bem-estar psicológico no envelhecimento**

No decurso do envelhecimento, a noção de bem-estar psicológico requer alguma atenção, uma vez que este se constitui como imprescindível para a concretização de uma velhice seja bem-sucedida (Fonseca, 2006).

No que diz respeito ao bem-estar psicológico na terceira idade, este pode ser conceptualizado em três fatores: Solidão/Insatisfação (i.e., uma avaliação subjetiva do ambiente e das redes de apoio), Atitudes face ao próprio envelhecimento (i.e., um balanço entre a vida passada e a atual), e Agitação (i.e., comportamentos de ansiedade ou a sua ausência) (Lawton, 1975).

É neste sentido que, para Fonseca (2006), o estudo do bem-estar psicológico no âmbito do envelhecimento é de extrema importância, uma vez que permite analisar, quer o seu impacto, quer o seu papel no envelhecimento.

Diversos têm sido os estudos realizados neste âmbito, quer utilizando a conceptualização de Ryff (i.e., o bem-estar com seis componentes), quer a conceptualização de Lawton (i.e., o bem-estar com três fatores).

Podemos, assim, referenciar um estudo realizado na região litoral-oeste de Portugal, com o objetivo de compreender o bem-estar psicológico nos idosos, com a conceptualização

de Ryff. Os resultados demonstraram que a maioria dos idosos apresentou valores elevados ao nível do bem-estar psicológico. Em relação à análise das seis componentes do bem-estar psicológico, verificou-se que a componente com resultados mais baixos foi a componente dos objetivos ou sentido da vida, enquanto que a componente aceitação de si apresentou-se como sendo a mais elevada no bem-estar psicológico (Machado, 2008).

Um outro estudo, igualmente desenvolvido em Portugal, com idosos de Évora e Lisboa, analisou diversos fatores referentes ao bem-estar psicológico (de Ryff) nos idosos, com idades compreendidas entre os 60 e os 84 anos. Os principais resultados deste estudo demonstraram que não existe uma associação entre o grau de funcionalidade (i.e., autonomia física, instrumental e funcional) e o bem-estar psicológico, não existindo também correlações significativas entre a idade e o bem-estar psicológico. Por sua vez, o género apenas apresenta diferenças numa única dimensão do bem-estar psicológico (i.e., aceitação de si mesmo), sendo os homens que apresentam valores mais elevados de bem-estar psicológico (Silva, 2010).

Ainda no âmbito da influência do bem-estar psicológico no envelhecimento, mas já de acordo com a conceptualização de Lawton, é de salientar um outro estudo efetuado nos distritos de Braga e Porto, com 125 idosos (idades entre os 65 e 92 anos), com o objetivo de analisar as variáveis sociodemográficas no bem-estar psicológico e a forma como este se relaciona com a qualidade de vida. Os resultados do estudo apontaram para uma correlação significativa e negativa entre a idade e o bem-estar psicológico e, também, entre a idade e a qualidade de vida, o que permite concluir que, à medida que a idade aumenta, tende a diminuir o nível de bem-estar psicológico, bem como a qualidade de vida. Por sua vez, a escolaridade apresentou uma correlação significativa e positiva, quer com o bem-estar psicológico, quer com a qualidade de vida. Foi ainda analisada a relação com o tempo de doença, e esta mostrou estar significativamente correlacionada, de forma negativa, com o bem-estar psicológico e com a qualidade de vida (Silva, 2009).

Em relação à análise dos fatores sociodemográficos do bem-estar psicológico, a investigação verificou, relativamente ao género, que são os indivíduos do sexo masculino que apresentam melhores resultados na subescala de atitudes face ao envelhecimento, sendo que os indivíduos do sexo feminino apresentam valores mais elevados nas subescalas de agitação e solidão/insatisfação (Silva, 2009).

No que concerne à análise da zona de residência, verificou-se que os idosos que residem em meio rural apresentam maior bem-estar psicológico do que os que residem em meio urbano, resultado que se encontra também, quer ao nível do estado civil, entre casados e

viúvos, quer ao nível da existência de filhos, ou seja, são os casados que apresentam maior bem-estar psicológico, bem como os idosos que têm filhos (Silva, 2009). Este último resultado vem ao encontro de Stoller (1992, citado por Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005), que indica que para os idosos casados, a relação com o cônjuge é o melhor preditor da satisfação com a vida, além de ser igualmente, a principal fonte de suporte.

Contudo, ao se questionar a idade como influenciadora do bem-estar, a conclusão que reúne maior consenso na literatura é de que esta não se observa como um fator que diminui, obrigatoriamente, o bem-estar. A literatura aponta para que, a diminuição do bem-estar na velhice esteja associada a outros fatores (e.g., o estado de saúde mais frágil, a perda de amigos e familiares), sendo que se estes fatores forem controlados, a idade deixa, então, de ter impacto, por si só, no bem-estar dos indivíduos (Oliveira, 2010).

Um outro estudo realizado por Paúl e colaboradores (2005) contou com a participação de 234 indivíduos, sendo 117 idosos de uma zona rural (aldeia pertencente ao distrito da Guarda), e 117 idosos de uma zona urbana (freguesia da cidade de Porto). No que concerne aos resultados obtidos relativamente ao bem-estar psicológico dos idosos, verificaram que, de uma forma geral, os idosos demonstram alguma solidão/insatisfação, têm atitudes negativas face ao envelhecimento e estão ansiosos/agitados. No que se refere ao género, são as mulheres que se apresentam com mais solidão/insatisfação, sendo que, no que se refere ao estado civil, os idosos casados apresentam valores mais positivos de satisfação com a vida. Saliente-se, ainda, a escolaridade, no sentido de que quanto menor a educação dos idosos, maior o sentimento de solidão. No que se refere à zona de residência, os autores verificaram diferenças significativas apenas nas atitudes face ao envelhecimento, em que são os idosos que residem nas zonas urbanas que apresentam atitudes mais negativas (Paúl et al., 2005).

Refira-se, ainda, uma meta-análise realizada por Pinquart e Sorensen (2000), com a finalidade de verificar quais as principais relações existentes na associação entre o bem-estar psicológico e diversas variáveis de cariz sociodemográfico. As principais conclusões dos autores foram que o bem-estar psicológico está relacionado com o estatuto socioeconómico e educacional, as redes sociais, a competência e a saúde.

No que se refere às conclusões relativas ao estatuto socioeconómico e educacional, verifica-se que níveis mais elevados contribuem para o bem-estar psicológico, além de se encontrarem associados a um *coping* mais eficaz. Por sua vez, as redes sociais apresentam efeitos diretos e efeitos indiretos no bem-estar psicológico. Por um lado, o sentimento de afeto dos outros contribui para um aumento do bem-estar subjetivo, o que se associa ao facto de que o suporte social dos idosos reduz o impacto negativo das adversidades, enquanto por



outro lado, a doença e a incapacidade podem acarretar consequências negativas para o relacionamento social, na medida em que o enfraquece, e contribui, assim, para uma diminuição do bem-estar. Este, por sua vez, também diminui quando as relações sociais ao invés de operarem como suporte, operam negativamente no idoso, reduzindo o seu autoconceito e o seu bem-estar psicológico (Fonseca, 2006).

No que concerne à competência, esta interliga-se com o bem-estar psicológico, na medida em que a perda de competência pode afetar negativamente o bem-estar psicológico, sendo que quando a competência é reduzida, tende a restringir a realização de atividades, contribuindo, igualmente, para a diminuição do bem-estar dos idosos. Por outro lado, as atividades que são desempenhadas com motivação intrínseca concorrem para um bem-estar positivo, independentemente dos níveis de atividade (Fonseca, 2006).

Por último, refira-se que a saúde não apresenta uma relação linear com o bem-estar psicológico. De facto, o declínio da saúde física não se relaciona diretamente com a diminuição ou manutenção do bem-estar psicológico, uma vez que este vai depender de outros fatores, nomeadamente, a personalidade e as redes sociais. Assim, o declínio na saúde não provoca, por si só, danos acentuados no bem-estar psicológico dos idosos (Fonseca, 2006).

Contudo, no estudo conduzido por Sequeira e Silva (2002), a perceção da saúde influencia o bem-estar psicológico, na medida em que são os idosos que se apresentam mais insatisfeitos com a saúde que mostram maior tendência para a agitação e para atitudes mais negativas face ao envelhecimento, exibindo, assim, menor bem-estar psicológico.

Segundo os mesmos autores, os idosos que percecionam a sua situação económica como negativa, revelam níveis mais elevados de solidão/insatisfação e de agitação, bem como uma atitude mais negativa face ao envelhecimento, o que indica um menor bem-estar psicológico (Sequeira & Silva, 2002).

### **2.2.3. O bem-estar subjetivo no envelhecimento**

Segundo Kanning e Schlicht (2008), níveis elevados de bem-estar subjetivo são fundamentais para que o envelhecimento dos indivíduos ocorra com sucesso.

De acordo com a meta-análise realizada por Pinquart (2001), com o objetivo de verificar a dimensão afetiva do bem-estar subjetivo (i.e., afetividade positiva e afetividade negativa), verificou-se que os idosos apresentam menos afetos positivos e mais afetos negativos. Um outro estudo de Griffin, Mroczek e Spiro (2006) constatou, igualmente, que os afetos positivos tendem a diminuir aquando do aumento da idade. Esta investigação verificou

que os afetos negativos tendem a diminuir até aos 70 anos, sendo que, após esta idade, tendem a aumentar.

No que concerne a estudos realizados no âmbito da dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo (i.e., a satisfação com a vida), a literatura aponta para que haja uma manutenção do nível de satisfação com a vida no envelhecimento, no sentido de que a satisfação apresenta alguma estabilidade, quer na idade adulta, quer na velhice, apesar de se verificar uma ligeira diminuição a partir dos 60 anos (Schilling, 2006).

No que se refere às relações entre as variáveis sociodemográficas e o bem-estar subjetivo, as investigações demonstram resultados diferentes perante o género e o estado civil. Relativamente ao género, os estudos apontam para que não existem diferenças significativas entre o género e o bem-estar subjetivo, apesar de alguns autores apontarem para ligeiras diferenças, como a presença de mais afetos negativos no género feminino (Galinha, 2008). Por outro lado, no que se refere ao estado civil, a literatura é unânime quando afirma que são os indivíduos casados ou que vivem em conjunto com outra pessoa que apresentam maiores níveis de bem-estar quando comparados com aqueles que vivem sozinhos, são solteiros, divorciados ou viúvos (Argyle, 2003). Este é um resultado amplamente descrito na literatura, quer em estudos realizados na Europa ou nos Estados Unidos, onde o casamento é, de facto, um forte preditor do bem-estar subjetivo (Galinha, 2008).

No que diz respeito à situação económica, a satisfação com esta parece estar estritamente relacionada com a satisfação com a vida (i.e., a componente cognitiva do bem-estar subjetivo) (Argyle, 1999; Diener & Diener, 1995).

Quanto à perceção de saúde, Fredrickson (2003) chama a atenção para a influência das emoções, ainda de que forma indireta, sobre a saúde, e Damásio (2001) afirma que o afeto positivo influencia diretamente a saúde através de respostas químicas e neuronais.

Refira-se um estudo desenvolvido em Portugal, com 204 indivíduos com idades entre os 65 e 97 anos, sendo que os resultados desta investigação indicaram que a idade não se apresenta correlacionada nem com a satisfação com a vida (i.e., a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo), nem com os afetos negativos. A autora refere, contudo, a existência de uma correlação significativa com a afetividade positiva, no sentido de que, quanto maior a idade, menor a presença de afetos positivos (Ribeiro, 2009).

Por sua vez, de acordo com Simões (2006), a literatura aponta para que a diminuição do bem-estar subjetivo não se encontre relacionada com o aumento da idade, ou seja, os idosos apresentam um bem-estar igual, ou mesmo superior, que os indivíduos mais novos. Esta informação parece ser uma contradição perante o processo de envelhecimento, uma vez

que a velhice é uma etapa que acarreta determinadas vulnerabilidades, como a deterioração da saúde e as perdas significativas de familiares e amigos. A resolução deste paradoxo assenta no facto de que, segundo a literatura, se os recursos individuais tendem a diminuir, seja qual for a razão, os indivíduos realizam um ajuste das suas metas, para que estas se posicionem de modo a serem possíveis de alcançar.

Com efeito, a satisfação com a vida na velhice pode ser dificultada ou promovida por diferentes fatores. Relativamente aos fatores que podem dificultar a satisfação com a vida, a literatura aponta para uma incapacidade física ou mental, uma vez que os idosos dispõem de menores recursos pessoais e sociais para lidar com essas mesmas incapacidades. Além do estado de saúde, a solidão parece também dificultar a satisfação de vida, sendo que o casamento se concebe como o melhor caminho para atenuar os efeitos da solidão (Lawton, 1983, citado por Fonseca, 2006; Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006).

Quanto aos fatores que promovem a satisfação com a vida, a literatura aponta para que estes estejam relacionados com a manutenção das capacidades funcionais, com os relacionamentos familiares e sociais e com a realização de atividades que promovam o bem-estar (Atchley, 1989; Fonseca, 2006; Lawton, 1983, citado por Fonseca, 2006).

## **2.3. O suporte social**

### **2.3.1. Definição de conceitos**

Uma vez já explanadas algumas das variáveis que podem contribuir para uma boa adaptação ao envelhecimento (i.e., resiliência, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo), impõe-se agora uma análise de uma outra variável que pode contribuir, igualmente, para um envelhecimento bem-sucedido: o suporte social.

Segundo Barrón (1996) o apoio ou suporte social refere-se às transações que são estabelecidas entre os indivíduos tendo, por isso, um efeito sobre o bem-estar, diminuindo o mal-estar psicológico, independentemente do nível de stresse que o indivíduo experimenta. Por outras palavras, um bom apoio social é considerado como um importante fator protetor, ao nível da saúde e do bem-estar e ao nível de atenuar os efeitos do stresse (Vaz Serra, 2007).

O suporte social refere-se às funções que são desempenhadas por um grupo de pessoas (e.g., familiares, amigos, vizinhos) em prol de um indivíduo (Monteiro, 2012). O suporte ou apoio social diz, assim, respeito às transações que ocorrem entre os indivíduos, no sentido de permitir satisfazer as necessidades sociais (Correia, 2009).

De acordo com Vaz Serra (2007), o suporte social não se relaciona apenas com a quantidade das relações sociais que o indivíduo tem, mas, também, com a coesão dessas

mesmas relações. Assim sendo, o suporte social pode ser conceptualizado como os recursos materiais e psicológicos que o indivíduo tem acesso, através das suas redes sociais (Siqueira, 2008).

Segundo Paúl (2005), quando abordamos o apoio social, é necessário ter em conta três aspetos: a integração social (i.e., a frequência de contactos sociais), o apoio recebido (i.e., a quantidade real de ajuda que é fornecida pela sua rede de suporte social) e o apoio percebido (i.e., a crença de que outros podem ajudar, caso seja necessário).

Por sua vez, Cramer, Henderson e Scott (1997) diferenciam o suporte social em suporte social recebido e suporte social percebido. O primeiro diz respeito ao suporte social que é, verdadeiramente, recebido, enquanto o suporte social percebido é aquele que o indivíduo entende como estando disponível em caso de necessidade.

No que se refere às fontes de suporte social, estas tendem a ser formais e informais. O suporte social formal relaciona-se com todo o tipo de apoio prestado por instituições e técnicos (e.g., hospitais, escolas, serviços sociais, serviços jurídicos), enquanto que o suporte social informal refere-se ao apoio que é prestado no sentido das atividades de vida diária e ao nível emocional (e.g., familiares, vizinhos, amigos, associações) (Dunst, Trivette & Thompson, 1991; Paúl, 1997; Rosa, Benício, Alves, & Lebrão, 2007).

Não obstante, importa esclarecer quais as funções que o suporte ou apoio social adquirem, sendo estas, segundo Weiss (1974, citado por Vaz Serra, 2007), seis tipos de funções: promover e permitir um relacionamento mais íntimo, de maior segurança; contribuir para que o indivíduo se sinta integrado num determinado grupo que apresenta interesses e preocupações que são semelhantes aos seus; auxiliar no sentimento de auto-competência; estabelecer a oportunidade de troca de informações importantes; permitir o estabelecimento de relações de confiança (i.e., o indivíduo espera ser sempre ajudado em caso de necessidade); e auxiliar, ainda, a sentir-se útil perante outros, no sentido de que o próprio indivíduo pode, também, auxiliar outras pessoas e contribuir para o seu bem-estar.

É ainda possível distinguir o suporte social segundo três tipos: o suporte emocional (i.e., afeto, comportamentos de escuta, preocupação do outro), o suporte tangível/instrumental (i.e., ajudas logísticas, financeiras, ou mesmo auxílio nas tarefas diárias) e o suporte informativo (i.e., aconselhamento e orientações para lidar com os problemas e resolvê-los) (Due, Holstein, Lund, Modvig & Avlund, 1999; Rodriguez & Cohen, 1998; Schulz & Rau, 1985, citados por Floro, 2007).

Schulz e Rau (1985, citados por Floro, 2007) referem que, na terceira idade, são os filhos e o/a cônjuge que fornecem, maioritariamente, o apoio tangível e informativo, sendo que o apoio emocional é fornecido pelos filhos, amigos e organizações formais.

Assinale-se ainda, que segundo Dunst, Trivette e Thompson (1991), o suporte social apresenta algumas dimensões que se revelam como importantes para o bem-estar, nomeadamente, o tamanho da rede social; a existência de relações sociais (quer as mais íntimas, quer as de pertença a um determinado grupo); a frequência dos contactos com os membros da rede social; a necessidade de suporte; o tipo e a quantidade de suporte que é dado; a congruência (i.e., até que ponto o suporte social disponível é compatível com o que o indivíduo necessita); a utilização do suporte; a dependência; a reciprocidade (i.e., o equilíbrio entre o suporte social dado e recebido); a proximidade com os membros da rede social; e a satisfação do indivíduo perante o apoio que recebe (Ribeiro, 1999).

Assim sendo, os principais benefícios que o apoio social acarreta para o indivíduo, dizem respeito à promoção da saúde e do bem-estar, à redução do isolamento, ao aumento da satisfação face à vida, e ainda, ao facto de que permite amenizar as consequências das adversidades sobre o indivíduo (Vaz Serra, 2007). Rodriguez e Cohen (1998) afirmam que o apoio social produz efeitos benéficos na saúde, quer física, quer mental. É, ainda, de referir a relação que a literatura descreve entre o suporte social e o bem-estar subjetivo, no sentido de que quanto maior a perceção de suporte social, maior a presença de afetos positivos, e maior bem-estar (Caprara & Steca, 2005).

De modo a finalizar a caracterização do suporte social, importa diferenciar rede social de suporte social. O suporte social refere-se ao apoio que é dado pelos indivíduos de uma rede, em caso de necessidade, quer seja ao nível financeiro, de saúde ou afetivo. As redes sociais dizem respeito às relações que se estabelecem entre os indivíduos e os grupos (formais ou informais) de apoio (Correia, 2009).

### **2.3.2. O suporte social no envelhecimento**

O apoio ou suporte social adquire uma extrema relevância na problemática do envelhecimento, uma vez que este apresenta como consequência o desenvolvimento do bem-estar psicológico (Tavares & Claudino, 2010). Segundo Krause (2006), o suporte social é considerado como o principal fator para que ocorra o envelhecimento bem-sucedido.

De facto, as redes sociais adquirem um papel essencial no processo de envelhecimento, pois operam como um fator protetor, ao evitar o stresse inerente ao

envelhecimento, contribuindo para a qualidade de vida da população da terceira idade (Paúl, 2005).

De acordo com Paúl (1997), o suporte que é dado pelos familiares é de extrema importância, tanto ao nível do apoio instrumental, como ao nível da manutenção do bem-estar psicológico do idoso. O suporte dos amigos e vizinhos é, também, relevante para o idoso, no sentido da manutenção do bem-estar subjetivo, sendo decisivo para o apoio instrumental, na ausência do apoio dos familiares.

Estudos indicam que quanto maior a integração social (i.e., os laços interpessoais e o número de membros com os quais o indivíduo estabelece relações), menores são os sintomas depressivos (segundo a Teoria da Integração Social de Durkheim) (Ramos, 2007). As relações sociais adquirem, assim, um papel fundamental na manutenção e na promoção da saúde física e mental, na medida em que estas podem moderar o stresse em diversas situações (e.g., problemas de saúde, morte do cônjuge, crises financeiras), bem como acarretar consequências positivas ao nível da promoção da autoestima (Ramos, 2002).

Refira-se, ainda, que algumas investigações indicam que a ausência de relações sociais próximas está associada a doenças e à mortalidade nas pessoas idosas, uma vez que estas possuem maior dificuldade em lidar com as situações de stresse, do que os idosos que possuem um bom suporte social (Ramos, 2002).

Assinale-se um estudo realizado em Braga, com a participação de 300 idosos (entre os 65 e os 93 anos de idade), que apresentava como objetivo a análise da rede social dos idosos, a percepção de solidão dos idosos e, por fim, verificar qual a relação existente entre a percepção de solidão e a rede social. Os resultados obtidos permitem constatar a importância da rede social para combater a solidão, isto é, os resultados apontam para que, quanto maior a rede social dos idosos, menor é a percepção, por eles sentida, de solidão. No que diz respeito à análise realizada em torno da rede social, verificou-se, aquando da análise das variáveis sociodemográficas, que o estado civil contribui para uma diferença significativa ao nível da rede social. Assim, são os solteiros os que apresentam resultados mais baixos na rede social, concluindo-se que o casamento se apresenta como tendo um efeito protetor. Por sua vez, não existiram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género. Ainda no que concerne aos fatores sociodemográficos, o facto de o idoso residir sozinho também parece prejudicar a sua rede social, quando comparado com o idoso que reside na sua casa com familiares, com o idoso que reside na casa de familiares, ou mesmo com o que reside numa instituição. Com efeito, a rede social do idoso pode ser constituída por familiares, amigos, vizinhos e redes formais de apoio, sendo que as relações interpessoais que o idoso mantém

apresentam um papel fundamental na prevenção dos aspetos mais negativos do envelhecimento (Freitas, 2011).

Assim sendo, no envelhecimento, a presença de apoio social (e.g., família, vizinhos, grupos comunitários) constitui-se como um pilar importante para o bem-estar e para a saúde do idoso (Duca, Silva, Thumé, Santos & Hallal, 2012).

Não obstante, a família adquire uma importância especial no suporte social do idoso, pois é considerada o pilar do suporte social (Paúl et al., 2005). São, igualmente, os familiares que exercem o papel de cuidadores por mais tempo, o que parece contribuir, igualmente, para o destaque destes enquanto fontes de suporte e apoio social (Marinho, 2010).

Por conseguinte, quer familiares, quer amigos, possibilitam uma redução do stresse, contribuindo positivamente para que os idosos tenham uma vida social mais ativa, bastando, para tal, a existência de contactos frequentes (Pimentel, 2005), o que leva a uma redução da solidão e do isolamento na terceira idade (Monteiro, 2012).

Contudo, e de acordo com Paúl (2006), importa diferenciar as redes familiares e as redes de amigos, uma vez que a sua natureza acarreta consequências para o suporte social. Para a autora, a rede familiar é de natureza involuntária, no sentido de uma obrigação, enquanto que a rede de amigos é construída voluntariamente, produzindo, esta última, efeitos mais positivos na qualidade de vida dos idosos. Todavia, além deste facto, e como foi já referido anteriormente, o casamento é das relações afetivas próximas que mais favorece o envelhecimento bem-sucedido, uma vez que os cônjuges são das primeiras e principais pessoas que prestam cuidados (Paúl, 1993; 2006).

De igual modo, e estritamente relacionado com o suporte social, está a manutenção da participação social, que é uma das condições para o envelhecimento bem-sucedido. A manutenção da participação social envolve dois elementos, a manutenção das relações sociais e a prática de atividades produtivas, sendo a primeira componente a que se relaciona com o suporte social (Fontaine, 2000).

A ausência de relações sociais na terceira idade acarreta, portanto, consequências negativas, nomeadamente o facto de que o isolamento se concebe como um fator de risco para a saúde dos idosos. Por outro lado, a existência de apoio e suporte social, seja de natureza emocional, seja de natureza instrumental, produz efeitos positivos na saúde dos idosos. Paúl (1997) refere que a existência de suporte social para os idosos é crucial, em determinados níveis, isto é, quer este consista numa relação de apoio direta, em que opera como prevenção da institucionalização, quer seja num contexto de institucionalização, em que auxilia no bem-estar dos idosos. Contudo, importa sublinhar que não existe um apoio universal que seja

eficaz para todos, pois é a apropriação do apoio por parte do indivíduo que se constitui como fundamental.

Uma vez explanados os principais conceitos, importa fazer uma breve síntese das principais temáticas apresentadas.

O envelhecimento não é meramente uma etapa, mas sim um processo contínuo, complexo e heterogêneo (Fernandes, 2002), em que o desejável é que este seja vivido e experienciado de forma bem-sucedida. Contudo, inerentes ao envelhecimento estão algumas vulnerabilidades, quer sejam as modificações que ocorrem ao nível bio-psico-social, quer sejam determinadas representações sociais, negativas, que estão criadas à volta da terceira idade (Dias, 2004).

Não obstante, muitos idosos têm que optar pela institucionalização nesta etapa de vida o que, nem sempre, é visto de modo positivo pelos próprios idosos. Apesar de alguns idosos encararem a institucionalização como promotora de novas relações afetivas (Custódio, 2008), inversamente, há idosos que a vivenciam com receio, pela associação ao declínio, à incapacidade, à perda de autonomia e ao isolamento (Castro, 2010). De facto, a institucionalização pode funcionar tanto como fator de risco, como fator de proteção no envelhecimento, constituindo-se como um processo de transição de vida importante para o idoso, uma vez que exige uma adaptação a novos espaços, papéis e relações (Roncon & Menezes, 1993) e, muitas vezes, acarreta consigo um conjunto de perdas (Paiva, 2008).

Por conseguinte, objetiva-se que a terceira idade seja vivida de forma saudável, com qualidade e felicidade, daí a importância do envelhecimento bem-sucedido (Imagínario, 2008). O envelhecimento bem-sucedido implica a minimização de acontecimentos negativos e indesejáveis (i.e., baixo risco de doenças ou a sua prevenção), a manutenção da atividade física e cognitiva e, ainda, a manutenção da participação social (Fontaine, 2000; Simões, 2005; 2006).

Neste sentido, a resiliência, o bem-estar subjetivo, o bem-estar psicológico e o suporte social constituem-se como variáveis fulcrais que contribuem para o envelhecimento bem-sucedido, funcionando como importantes fatores de proteção na terceira idade.

A resiliência conceptualiza-se como um processo dinâmico, em que os indivíduos apresentam uma adaptação positiva, embora estejam perante experiências de risco (Luthar & Cicchetti, 2000), ou seja, um indivíduo resiliente é aquele que não se limita a evitar o risco, mas que demonstra uma adaptação tão boa ou melhor do que a obtida na ausência de adversidade (Cowan, Cowan & Schulz, 1996). A capacidade de resiliência é extremamente



importante na terceira idade (Edwards et al., 2012), uma vez que permite aos idosos uma boa adaptação, face às dificuldades inerentes ao envelhecimento (Wells, 2010).

Vários autores nomeiam possíveis fatores de proteção que os idosos apresentam e que conduzem à resiliência, como o humor, a autoestima, o sentido de vida, o otimismo, o apoio familiar e social e a manutenção de um estilo de vida ativo (Edwards et al., 2012; Silva & Alves, 2007).

Por sua vez, o bem-estar subjetivo é composto por duas dimensões: afetiva (i.e., afetividade positiva e negativa) e cognitiva (i.e., satisfação com a vida) (Diener & Diener, 1996; Diener, Oishi & Lucas, 2003). Níveis elevados de bem-estar são fundamentais para que o envelhecimento dos indivíduos ocorra com sucesso (Kanning & Schlicht, 2008).

Relativamente aos estudos realizados nesta área, no que concerne à dimensão cognitiva, a literatura aponta para que haja uma manutenção do nível de satisfação com a vida no envelhecimento (Schilling, 2006). Em relação à dimensão afetiva, os estudos apontam para que os idosos apresentem mais afetos negativos e menos afetos positivos com o aumento da idade (Pinquart, 2001).

O bem-estar psicológico na terceira idade é conceptualizado em três fatores: solidão/insatisfação, agitação e atitudes face ao envelhecimento (Lawton, 1975) e, tal como o bem-estar subjetivo, este também se constitui como imprescindível para uma velhice bem-sucedida (Fonseca, 2006).

A literatura científica da área tem vindo a verificar níveis elevados de solidão/insatisfação e de agitação, o que consistem em indicadores negativos de bem-estar psicológico (Paúl et al., 2005).

Além da resiliência, do bem-estar subjetivo e do bem-estar psicológico, o suporte social adquire, igualmente, extrema importância no decorrer do envelhecimento.

O suporte social diz respeito ao apoio fornecido por um determinado grupo de pessoas (e.g., família, amigos, vizinhos) para benefício de um indivíduo (Correia, 2009; Monteiro, 2012), podendo este suporte ser ao nível emocional, tangível/instrumental ou informativo (Due et al., 1999). Refira-se que não importa apenas a quantidade de suporte social recebido, mas também, e sobretudo, a sua qualidade.

No que diz respeito ao envelhecimento, as redes sociais são de extrema importância, na medida em que permitem ao idoso evitar o stress próprio do envelhecimento, agindo, assim, como um fator de proteção (Paúl, 2005). De facto, estudos realizados indicam que a presença de suporte social na terceira idade permite diminuir a percepção de solidão dos idosos

(Freitas, 2011), e que o cônjuge se constitui como o elemento mais importante ao nível do apoio social recebido (Paúl, 1993; 2006).

## **Parte II**

---

# **ESTUDO EMPÍRICO**

### **3. Da Problemática à Questão de Investigação**

De acordo com o que foi dito anteriormente, os indivíduos envelhecem de forma bastante diferenciada, e as suas capacidades de adaptação às vulnerabilidades decorrentes do envelhecimento vão influenciar o modo como a velhice é experienciada.

Contudo, durante muitas décadas a Psicologia focalizou a sua atenção prioritária nas consequências negativas do envelhecimento, nos aspetos de maior vulnerabilidade na velhice e sobre os declínios inevitáveis desta etapa do ciclo de vida. Por sua vez, o advento da Psicologia Positiva veio permitir uma nova abordagem ao envelhecimento.

Assim como a Psicologia Positiva teve o seu início na tentativa de que o foco da Psicologia não se dirigisse apenas a patologias, uma vez que negligenciava os aspetos saudáveis do indivíduo, como a felicidade, o bem-estar, o otimismo, é também importante que na área do envelhecimento os estudos não se debrucem apenas sobre os fatores menos positivos que estão inerentes ao envelhecimento. Efetivamente estes devem ainda debruçar-se sobre aqueles idosos que, apesar de todas as vulnerabilidades que lhe estão subjacentes, conseguem passar por esta etapa de um modo bastante satisfatório.

Face ao explanado no enquadramento teórico, objetiva-se uma investigação em torno do envelhecimento, ao equacionar quatro principais variáveis, a saber: a resiliência, o suporte social, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico. Este consiste num estudo quantitativo, com desenho transversal, com plano correlacional de carácter exploratório (Fortin, 1999).

A opção por estas variáveis fundamenta-se, sobretudo, no seu carácter positivo, atendendo aos inúmeros estudos já realizados sobre as consequências negativas do envelhecimento, os aspetos mais vulneráveis da velhice, e sobre os declínios inevitáveis desta etapa do ciclo de vida.

Surge, então, a principal questão do presente estudo: De que modo as variáveis resiliência, bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e suporte social têm influência no processo do envelhecimento?

Como objetivo geral, definiu-se:

- Analisar a capacidade de resiliência, o suporte social, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico em indivíduos idosos.

Como objetivos específicos, definiram-se:

1. Analisar as relações entre a resiliência, o suporte social, o bem-estar subjetivo, o bem-estar psicológico e as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, escolaridade, profissão anterior);
2. Analisar as relações entre a resiliência, o suporte social, o bem-estar subjetivo, o bem-estar psicológico e a institucionalização;
3. Verificar se o suporte social, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico influenciam positivamente a resiliência dos idosos.

## **Parte II – Estudo Empírico**

---

### **METODOLOGIA**

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. População e Amostra**

Tendo como referencial os objetivos definidos anteriormente, a população alvo da investigação é constituída por indivíduos idosos institucionalizados e não-institucionalizados. No que se refere à recolha da amostra, esta foi recolhida em Centros de Dia e em Lares (idosos institucionalizados) e em Universidades Sêniores (idosos não institucionalizados), nas zonas geográficas do Algarve e do Alto Alentejo. Atendendo aos critérios de inclusão, a amostra é constituída por dois grupos amostrais, nomeadamente 44 idosos institucionalizados e 40 idosos não institucionalizados ( $N=84$ ).

Relativamente à técnica de amostragem, esta é uma amostragem não-probabilística (i.e., os indivíduos selecionados cumpriram os critérios anteriormente definidos para a investigação). Inserida na categoria de amostragem não-probabilística, a amostra enquadra-se no tipo não intencional e por conveniência, ou seja, os participantes foram selecionados por facilidade e disponibilidade de acesso (Almeida & Freire, 2008). Como critérios de inclusão na amostra, os sujeitos deveriam ter idade a partir de 65 anos e deveriam apresentar capacidades cognitivas dentro do esperado.

#### **4.1.1. Caracterização da amostra**

A amostra é constituída por 84 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos ( $M=78,02$ ;  $DP=8,275$ ), onde 64 indivíduos são do sexo feminino e 20 são do sexo masculino, encontrando-se a amostra caracterizada na Tabela 4.1..

No que respeita ao estado civil, 51,2% ( $n=43$ ) são viúvos, seguidos de 34,5% ( $n=29$ ) que são casados. Dos inquiridos, 39,3% ( $n=33$ ) têm 2 filhos, seguidos de 26,2% ( $n=22$ ) que têm apenas 1 filho. Por sua vez, as idades dos filhos variam entre 29 anos e 77 anos, sendo que dos 73 indivíduos com filhos, 9,58% ( $n=7$ ) não sabe a idade dos filhos.

No que concerne à escolaridade, 22,6 % ( $n=19$ ) apresentam o 4º ano e 20,2% ( $n=17$ ) não sabem ler nem escrever.

Referentemente à situação económica, 33,3% ( $n=28$ ) dos idosos consideram-na satisfatória e 26,2% ( $n=22$ ) referem que esta nem é satisfatória, nem insatisfatória.

**Tabela 4.1.**

Frequências ao nível das características sociodemográficas: género, estado civil, número de filhos, escolaridade, situação económica

		<i>f</i>	%
<b>Género</b>	Feminino	64	76,2
	Masculino	20	23,8
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	4	4,8
	Casado/União de Facto	29	34,5
	Divorciado/Separado	8	9,5
	Viúvo	43	51,2
<b>Número de Filhos</b>	0	11	13,1
	1 filho	22	26,2
	2 filhos	33	39,3
	3 filhos	9	10,7
	4 filhos	5	6,0
	5 filhos	3	3,6
	6 filhos	1	1,2
<b>Escolaridade</b>	Não sabe ler nem escrever	17	20,2
	Sabe ler e escrever mas não concluiu a escolaridade	14	16,7
	4º ano de escolaridade / ensino primário / 4ª classe	19	22,6
	6.º ano de escolaridade / ciclo preparatório	4	4,8
	9º ano de escolaridade / unificado / antigo 5º ano	8	9,5
	12º ano de escolaridade / secundário / antigo 7º ano	9	10,7
	Superior	13	15,5
<b>Situação Económica</b>	Muito satisfatória	6	7,1
	Satisfatória	28	33,3
	Nem satisfatória, nem insatisfatória	22	26,2
	Insatisfatória	16	19,0
	Muito Insatisfatória	12	14,3

Todos os inquiridos encontram-se reformados, sendo o número de anos da reforma compreendido entre 1 e 53 anos (moda de 20 anos), existindo 21,4% ( $n=18$ ) dos indivíduos que não se lembra à quantos anos se reformou. No que se refere às profissões anteriores à reforma, estas foram categorizadas segundo os critérios da Classificação de *Graffar* (1956) (Apêndice 2), que agrupa as profissões em 5 graus, sendo o grau 1 correspondente a profissões de topo. Assim, 47,6% ( $n=40$ ) apresenta uma profissão de grau 5; 25% ( $n=21$ ) apresenta uma profissão de grau 4; 19% ( $n=16$ ) apresenta uma profissão de grau 2; 3,6%



( $n=3$ ) apresenta uma profissão de grau 3, e apenas um sujeito (1,2%) apresenta uma profissão de grau 1. Refira-se que 3,6% ( $n=3$ ) não responderam.

A saúde, em termos subjetivos, foi avaliada como “média” para 50,0% dos sujeitos ( $n=42$ ), e 25,0% ( $n=21$ ) dos sujeitos consideram-na como “má” e 25,0% ( $n=21$ ) como “boa”. Saliente-se que 77,38% ( $n=65$ ) dos idosos indicaram doenças, que foram agrupadas em cinco categorias: 52,31% ( $n=34$ ) dos indivíduos afirmaram ter doenças crônicas (e.g., diabetes), 41,54% ( $n=27$ ) doenças cardiovasculares (e.g., problemas na tensão arterial), apenas 3,08% ( $n=2$ ) indicaram doenças respiratórias, 1,54% ( $n=1$ ) doenças cutâneas (i.e., psoríase) e 1,54% ( $n=1$ ) doenças psicológicas (i.e., depressão).

No que se relaciona à crença religiosa, 89,3% ( $n=75$ ) são católicos, sendo que os outros 10,7% ( $n=9$ ) afirmaram não ter nenhuma crença religiosa.

Refira-se ainda, as atividades de lazer, cuja informação é apresentada na Tabela 4.2.

**Tabela 4.2.**

Frequências relativas a cada tipo de atividade de lazer

Atividades de lazer	Não realiza	Realiza - Frequência (f)			
		Raramente	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente
Atividade física	16	4	7	47	10
Livros	41	7	9	13	14
Jornais, revistas	36	5	13	19	11
Jogos	53	6	3	17	5
Televisão	3	5	3	9	64
Rádio	42	17	3	4	18
Costura, bordados...	55	5	5	9	10
Computador	57	2	6	9	10
Viagens e passeios	29	29	21	5	0
Espetáculos, cinema, exposições, museus...	47	19	17	1	0
Jardinagem	55	10	3	13	3

De um modo geral, a atividade de lazer mais praticada é a televisão, por 96,42% ( $n=81$ ), seguida de atividade física que é realizada por 80,95% ( $n=68$ ) dos sujeitos, enquanto que a menos praticada é o uso do computador, pois apenas 32,14% ( $n=27$ ) dos inquiridos o utilizam, seguido das atividades de costura ( $n=29$ ) e de jardinagem ( $n=29$ ), em que ambas são apenas realizadas por 34,52% dos sujeitos.

Analisando as atividades de lazer por frequência, verifica-se que a atividade mais realizada diariamente é a televisão ( $n=58$ ), a atividade mais realizada semanalmente é a atividade física, sendo as viagens e os passeios as atividades mais realizadas, quer mensalmente, quer raramente.

Tendo em consideração outras atividades, apenas 14 inquiridos afirmaram desenvolver outras atividades de lazer (i.e., que não estavam descritas no questionário), sendo estas, a pintura, desenhos, hidroginástica, meditação, missa, passeios a pé, natação, tocar instrumentos, fazer voluntariado e ir à praia. Destes 14 sujeitos, 57,14% ( $n=8$ ) fazem a sua atividade semanalmente, 21,43% ( $n=3$ ) diariamente e 21,43% ( $n=3$ ) mensalmente.

Ainda ao nível da análise do questionário sociodemográfico, importa referir a satisfação com o contacto com os familiares mais próximos, em que 91,7% ( $n=77$ ) sujeitos afirmam estar satisfeitos, sendo apenas 8,3% ( $n=7$ ) os que não se encontram satisfeitos. Relativamente à frequência desse mesmo contacto, 46,4% ( $n=39$ ) refere pouca frequência, enquanto 32,1% ( $n=27$ ) dos idosos encontram-se com muita frequência (i.e., todos os dias), sendo que os restantes 21,4% ( $n=18$ ) sujeitos afirmam que esses contactos acontecem apenas algumas vezes por semana.

Em relação à existência de amigos, 52,4% ( $n=44$ ) dos sujeitos assinalam que têm muitos amigos, 39,3% ( $n=33$ ) consideram que têm “mais ou menos” amigos e apenas 8,3% ( $n=7$ ) têm poucos amigos. Em relação à frequência do contacto com estes, 46,4% ( $n=39$ ) está em contacto todos os dias, 27,4% ( $n=23$ ) dos idosos estão com os amigos algumas vezes por semana, e os restantes 26,2% ( $n=22$ ) estão com pouco frequência.

Por fim, no que diz respeito ao fator institucionalização, 52,4% ( $n=44$ ) encontram-se institucionalizados, sendo que os outros 47,6% ( $n=40$ ) não se encontram em situação de institucionalização. Dos 44 indivíduos institucionalizados, 54,55% ( $n=24$ ) estão em Lar, e 45,45% ( $n=20$ ) em Centro de Dia. Relativamente ao tempo de institucionalização, este varia entre 3 meses a 13 anos, sendo que 68,18% ( $n=30$ ) dos idosos encontram-se institucionalizados entre 1 a 5 anos. Refira-se que apenas 2,27% ( $n=1$ ) não sabe o tempo de institucionalização (Tabela 4.3.).

No que respeita aos 20 participantes que frequentam Centro de Dia, 8 deles vivem com o(s) filho(s), 7 vivem sozinhos e apenas 3 vivem com o(a) esposo(a). Quanto aos 40 indivíduos não institucionalizados, destes, 22,6% ( $n=19$ ) vivem com o(a) esposo(a), 21,4% ( $n=18$ ) vivem sozinhos e apenas 1,2% ( $n=1$ ) vive com o filho.

**Tabela 4.3.**

Frequências relativas ao fator institucionalização, regime e tempo

<b>Institucionalização</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Sim	44	52,4
Não	40	47,6
<b>Regime de institucionalização</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Lar	24	54,55
Centro de Dia	20	45,45
<b>Tempo de institucionalização</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
< 1 ano	5	11,36
1 ano - 5 anos	30	68,18
6 anos- 10 anos	5	11,36
> 10 anos	3	6,81
Não sabe	1	2,27

## 4.2. Instrumentos de recolha de dados

De forma a avaliar as variáveis em estudo (i.e., a resiliência, o suporte social, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico), foram seleccionados os instrumentos que a seguir se apresentam.

### 4.2.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi construído no âmbito da presente investigação e pretende caracterizar a amostra, sendo constituído por uma primeira parte referente a questões de dados pessoais, e uma segunda parte referente a questões acerca da rede de apoio afetivo (família e amigos) (Apêndice 3).

Os dados sociodemográficos recolhidos dizem respeito à idade, género, estado civil, número de filhos, grau de escolaridade, situação profissional, institucionalização, situação económica, saúde, doenças, crença religiosa e atividades de lazer. Foi ainda questionada a rede de apoio afetivo, nomeadamente a satisfação com o contacto com familiares, a frequência desse mesmo contacto, a quantidade de amigos e a frequência do contacto com os amigos. No apêndice 4 apresentam-se as dimensões do questionário sociodemográfico, os objetivos e o tipo de cada questão.

### 4.2.2. Inventário *Measuring State and Child Resilience*

Relativamente à primeira variável em estudo, a resiliência, esta será mensurada através do Inventário *Measuring State and Child Resilience* de Chok Hiew (1998). Este inventário é constituído por duas escalas, a *Measuring Child Resilience* – MCR, que é composta por 18

itens e a *Measuring State Resilience* – MSR, que é composta por 14 itens. Pontuações elevadas sugerem altos níveis de resiliência (Martins, 2005; Martins, 2011).

A versão foi adaptada para a população portuguesa por Martins (2005), sendo que a escala MSR apresenta um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de .74, com um total de 14 itens, e a escala MCR apresenta um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de .79, com um total de 18 itens, mantendo, em ambas as escalas, o formato tipo *Likert* de 1 a 5, entre 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) (Martins, 2005; Martins, 2011) (Anexo 1 e 2).

No presente estudo, o *alpha* de *Cronbach* de ambas as escalas (MSR e MCR) é de .78, o que é considerado como um elevado nível de fiabilidade (Hinton, Brownlow, McMurray & Cozens, 2005).

#### **4.2.3. Escala de Afetividade Positiva e Afetividade Negativa – PANAS**

A Escala de Afetividade Positiva e Afetividade Negativa (PANAS) de Watson, Clark e Tellegen (1988) tem como função medir a componente afetiva do bem-estar subjetivo. Esta escala é composta por 20 itens (10 correspondentes a afetos positivos e 10 correspondentes a afetos negativos), em que a escala de resposta é tipo *Likert* entre 1 (nada ou muito ligeiramente) a 5 (extremamente) (Magarreiro, 2008).

A versão portuguesa utilizada foi adaptada por Galinha e Ribeiro (2005), obtendo como valores de consistência interna, um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de .86 para a escala de afetos positivos, e um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de .89 para a escala de afetos negativos (Galinha & Ribeiro, 2005) (Anexo 3).

No presente estudo, o *alpha* de *Cronbach* da escala de afetos positivos é de .83 e da escala de afetos negativos é de .71, sendo estes índices considerados elevados níveis de fiabilidade (Hinton, Brownlow, McMurray & Cozens, 2005).

#### **4.2.4. Escala de Satisfação com a Vida – SWLS**

Utilizou-se a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1984) para avaliar a componente cognitiva do bem-estar subjetivo. A escala apresenta-se com 5 itens, com uma escala de resposta tipo *Likert* de 7 pontos, apresentando um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de .87 (Magarreiro, 2008; Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2005).

Esta escala foi adaptada para a população portuguesa, pela primeira vez por Neto e colaboradores (1990), com um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de .78 (Magarreiro, 2008; Seco et al., 2005). Posteriormente a escala foi validada por Simões (1992), obtendo um coeficiente

*alpha* de *Cronbach* de .77. Assinale-se que este investigador modificou a escala de resposta tipo *Likert* de 7 pontos para 5 pontos (1- discordo muito a 5- concordo muito), na qual pontuações elevadas sugerem uma maior satisfação com a vida (Simões, 1992) (Anexo 4).

No presente estudo, o *alpha* de *Cronbach* da SWLS é de .77, que é considerado um nível elevado de fiabilidade (Hinton, Brownlow, McMurray & Cozens, 2005).

#### **4.2.5. Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia de Lawton – PGCMS**

Para medir o bem-estar psicológico, utilizou-se a Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de *Philadelphia de Lawton* (PGCMS), desenvolvida por Lawton (1975), especificamente para a população idosa. A escala é composta por 17 itens, com resposta dicotómica (sim/não) e avalia três aspetos do bem-estar psicológico dos idosos, Solidão/Insatisfação, Atitudes face ao próprio envelhecimento e Agitação (Silva, 2009).

A Escala de Ânimo foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Paúl (1992), tendo obtido um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de .75 para a Solidão/Insatisfação, .71 para as Atitudes face ao próprio envelhecimento e .71 para a Agitação, apresentando esta versão 14 itens (Paúl, 1992) (Anexo 5).

No presente estudo, o *alpha* de *Cronbach* relativo à dimensão Solidão/Insatisfação é de .74, ou seja, um nível elevado de fiabilidade (Hinton, Brownlow, McMurray & Cozens, 2005). No que diz respeito à componente Agitação, o *alpha* de *Cronbach* apresentou um valor de .55, e a componente das Atitudes face ao próprio envelhecimento apresenta um *alpha* de .67, sendo ambos níveis moderados de fiabilidade (Hinton, Brownlow, McMurray & Cozens, 2005).

Refira-se ainda, que na componente Atitudes face ao envelhecimento, pontuações elevadas são indicadores positivos, isto é, indicam maior bem-estar psicológico, enquanto que nas componentes Solidão/Insatisfação e Agitação, pontuações elevadas são interpretadas como indicadores negativos de bem-estar psicológico. Na componente Solidão/Insatisfação foi invertido o item 14 (i.e., Estou vezes suficientes com a família e os amigos) e na componente Atitudes face ao envelhecimento, foram invertidos os itens 8 (i.e., As coisas pioram conforme envelheço) e 10 (i.e., Conforme se envelhece tornamo-nos menos úteis).

#### **4.2.6. Questionário de Suporte Social – versão reduzida (SSQ6)**

A última variável a ser medida diz respeito ao suporte social avaliada através do Questionário de Suporte Social – versão reduzida (SSQ6), de Sarason, Sarason, Shearin e Pierce (1987), versão adaptada à população portuguesa por Pinheiro e Ferreira (2002). Esta

escala está estruturada em 6 itens, sendo que cada item é auscultado através de duas variáveis. A primeira parte do item avalia o número de pessoas que o indivíduo considera disponíveis (i.e., a quantidade do suporte) e a segunda parte do item avalia o grau de satisfação com esse suporte disponível (i.e., a qualidade do suporte) (Pinheiro, Ferreira, 2002).

No que respeita à consistência interna da escala, o coeficiente *alpha* de *Cronbach* é de .90, sendo que quando analisadas separadamente as dimensões do número e da satisfação, o coeficiente para a primeira dimensão variou entre .66 e .80, e para a segunda dimensão o coeficiente variou entre .67 e .81 (Pinheiro, Ferreira, 2002).

No presente estudo, o *alpha* de *Cronbach* apresentou índices de excelente fidelidade. Relativamente à dimensão da quantidade (número) obteve-se um valor de *alpha* de .91, de .95 para a dimensão da qualidade (satisfação) e de .91 para a escala total (Hinton, Brownlow, McMurray & Cozens, 2005).

Refira-se que, relativamente à primeira dimensão de cada item, foram modificadas as alternativas de resposta, tendo em atenção a população em estudo, os idosos, ficando: “Cônjuge/Companheiro(a), Filho/Filha, Neto/Neta, Irmão/Irmã, Vizinho(a), Amigo/Amiga, Colaborador da Instituição, Idoso da Instituição, Outra pessoa (especifique)” (Anexo 6).

#### **4.3. Procedimentos de recolha e análise de dados**

Inicialmente foi feita uma revisão de literatura, no sentido de definir os principais conceitos, com vista à construção da problemática. Posteriormente foram pesquisados, no âmbito da literatura científica da área os instrumentos que mais pudessem adequar-se à investigação e às questões definidas, tendo em consideração os instrumentos com maior fiabilidade.

Foi, igualmente, realizado um pré-teste junto de três sujeitos idosos, tendo como objetivo analisar se os respondentes percebiam todas as questões, se havia algum conceito que levantasse dúvidas e também para aferir o tempo necessário para o preenchimento e resposta de todos os testes (sendo que o tempo médio de aplicação dos instrumentos foi de cerca de 30 minutos).

Foi, ainda, solicitada autorização aos diferentes autores para a utilização dos instrumentos selecionados (Apêndice 5).

No que diz respeito aos procedimentos relativos à recolha dos dados, foram selecionadas algumas instituições, nas quais foi pedida autorização para a recolha de dados, explicitando os objetivos da investigação, bem como o seu carácter de confidencialidade e

anonimato (Apêndice 6). Numa fase posterior, foi apresentado a cada idoso o Consentimento Informado (Apêndice 7).

Como critério de exclusão para participar no presente estudo foi previamente solicitada a cada instituição a informação constante no processo de cada idoso relativamente à avaliação efetuada pela escala *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, de modo a avaliar as suas faculdades cognitivas, sendo excluídos os idosos que apresentavam défice cognitivo. No que respeita aos idosos não institucionalizados a entrevista inicial efetuada permitiu conhecer as capacidades cognitivas de cada sujeito de forma a excluir aqueles que pudessem apresentar algum défice cognitivo.

A recolha de dados foi realizada entre Dezembro de 2012 e Março de 2013, e uma vez finalizada a recolha de dados, recorreu-se ao programa SPSS, versão 20, para o tratamento dos dados.

No que concerne à análise dos dados, foram realizados diferentes testes estatísticos, de acordo com os diferentes objetivos. Referente ao objetivo geral, foram realizadas as estatísticas descritivas de cada variável e executadas correlações de *Pearson*. Para o primeiro objetivo específico foram realizadas correlações de *Pearson* (idade) e análises de variância, nomeadamente o *Independent Sample T Test* (género) e *One-Way Anova* (estado civil, escolaridade, profissão anterior à reforma). Relativamente ao segundo objetivo específico foram igualmente realizadas correlações de *Pearson*. Para testar o terceiro e último objetivo específico, foi realizada uma regressão linear múltipla.

## **Parte II – Estudo Empírico**

---

### **APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**



## 5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 5.1. Análise descritiva dos resultados obtidos nas diversas escalas

Os resultados encontrados permitem concluir que os idosos inquiridos no estudo apresentam valores elevados de resiliência, quer na escala MSR ( $M = 4.24$ ;  $DP = .51$ ), quer na escala MCR ( $M = 4.11$ ;  $DP = .47$ ).

Também relativamente à componente cognitiva do bem-estar subjetivo, verifica-se que este tende a ser positivo ( $M = 3.37$ ;  $DP = .92$ ). Assinale-se contudo que, no que respeita à componente afetiva do bem-estar subjetivo, os resultados indicam, tanto uma baixa presença dos afetos negativos ( $M = 1.69$ ;  $DP = .55$ ), como dos afetos positivos ( $M = 2.77$ ;  $DP = .84$ ). Quanto às componentes do bem-estar psicológico, os inquiridos apresentam boas atitudes face ao envelhecimento ( $M = 1.44$ ;  $DP = .33$ ), o que constitui um indicador positivo de bem-estar psicológico, apesar de também apresentarem valores elevados na solidão/insatisfação ( $M = 1.50$ ;  $DP = .34$ ) e na agitação ( $M = 1.43$ ;  $DP = .32$ ), o que são indicadores negativos de bem-estar psicológico.

Em relação ao suporte social, no que concerne ao número (i.e., a quantidade de suporte), verifica-se que este é baixo ( $M = 1.47$ ;  $DP = .86$ ), apesar do grau de satisfação (i.e., a qualidade do suporte) ser elevado ( $M = 5.26$ ;  $DP = 1.06$ ), o que indica que os idosos, de modo geral, estão satisfeitos com o suporte social que recebem, mesmo que este seja proporcionado por um baixo número de pessoas (Tabela 5.4.).

**Tabela 5.4.**

Análise descritiva da resiliência, do bem-estar subjetivo, do bem-estar psicológico e do suporte social

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Max
MSR	4.24	.51	1	5
MCR	4.11	.47	1	5
SWLS	3.37	.92	1	5
PANAS Afetos Positivos	2.77	.84	1	5
PANAS Afetos Negativos	1.69	.55	1	5
PGCMS Solidão/ Insatisfação	1.50	.34	1	2
PGCMS Atitudes face ao envelhecimento	1.44	.33	1	2
PGCMS Agitação	1.43	.32	1	2
SSQ6 Quantidade	1.47	.86	0	9
SSQ6 Qualidade	5.25	1.06	1	6

## 5.2. Resiliência, suporte social, bem-estar e variáveis sociodemográficas

### 5.2.1. Idade

A análise das correlações entre as variáveis em estudo e a idade revela alguns resultados estatisticamente significativos (Tabela 5.5.).

**Tabela 5.5**

Análise correlacional da resiliência, do bem-estar subjetivo, do bem-estar psicológico e do suporte social em relação à idade

Variáveis (n=84)	Idade <i>r</i> ( <i>p</i> )
PANAS afetos positivos	-.270* (.013)
PANAS afetos negativos	.242* (.027)
PGCMS solidão/ insatisfação	-.442** (.000)
PGCMS atitudes face ao envelhecimento	-.231** (.034)
SSQ6 quantidade	-.376** (.000)

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$

No que concerne à idade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à resiliência e à componente cognitiva do bem-estar subjetivo. Por sua vez, verificaram-se algumas correlações negativas no sentido em que à medida que a idade aumenta, os afetos positivos tendem a diminuir ( $r = -.270$ ;  $p = .013$ ), os idosos apresentam um menor número de suporte social ( $r = -.376$ ;  $p = .000$ ) e, ainda, apresentam atitudes menos positivas face ao envelhecimento, o que se constitui como um indicador negativo de bem-estar psicológico ( $r = -.231$ ;  $p = .034$ ). Refira-se que, com o aumento da idade, aumenta a solidão e insatisfação, isto é, diminui o bem-estar psicológico ( $r = -.442$ ;  $p = .000$ ). Por outro lado, a idade correlaciona-se positivamente com os afetos negativos, ou seja, os afetos negativos aumentam juntamente com a idade ( $r = .242$ ;  $p = .027$ ).

### 5.2.2. Género, estado civil, escolaridade e profissão

A análise das restantes variáveis sociodemográficas (i.e., género, estado civil, escolaridade e profissão anterior à reforma) foi realizada através de uma análise de variância (*Independent Sample T Test* e *One-Way Anova*). A análise revelou não existirem diferenças de género em qualquer das variáveis em estudo.

Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da resiliência e do bem-estar psicológico, nem subjetivo, em função do estado civil com exceção dos afetos negativos da componente afetiva do bem-estar subjetivo ( $F(3,80) = 2.88$ ;  $p = .041$ ), e da quantidade de suporte social ( $F(3,80) = 3.46$ ;  $p = .020$ ).

A análise *post-hoc*, recorrendo ao procedimento *Tukey*, indica que as diferenças ao nível dos afetos negativos resultam da comparação entre os participantes viúvos com os casados/união de facto ( $MD = .34$ ;  $p = .045$ ), ou seja, os idosos que apresentam maior número de afetos negativos são os viúvos. Em relação à quantidade de suporte social, quando comparados os participantes casados/união de facto com os viúvos ( $MD = .53$ ;  $p = .043$ ), a diferença recai a favor do primeiro grupo, ou seja, são os idosos casados/união de facto os que apresentam maior quantidade de suporte social.

Quando considerada a variável escolaridade, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com os afetos negativos da componente afetiva do bem-estar subjetivo ( $F(6,77) = 2.35$ ;  $p = .039$ ), com a componente solidão/insatisfação do bem-estar psicológico ( $F(6,77) = 7.10$ ;  $p = .000$ ) e com a componente atitudes face ao envelhecimento do bem-estar psicológico ( $F(6,77) = 2.40$ ;  $p = .035$ ).

A análise *post-hoc*, recorrendo ao procedimento *Tukey*, indica que as diferenças ao nível da solidão/insatisfação resultam dos participantes com o 9º ano de escolaridade ( $MD = .46$ ;  $p = .006$ ), com o 12º ano ( $MD = .44$ ;  $p = .007$ ), e com o ensino superior ( $MD = .44$ ;  $p = .002$ ), comparativamente com os idosos que não sabem ler nem escrever, ou seja, os idosos que não sabem ler nem escrever apresentam resultados mais baixos de solidão/insatisfação, apresentando, assim, maior bem-estar psicológico.

No que concerne aos afetos negativos e às atitudes face ao envelhecimento, uma vez que a análise posterior com recurso ao Teste de *Tukey* não permitiu conclusões mais específicas no que se refere ao sentido das diferenças encontradas, foi realizado o Teste *Kruskal-Wallis*. Analisando as médias, é possível verificar que, quanto maior o nível de escolaridade, menor é a existência de afetos negativos, à exceção do ensino superior. Por sua vez, as atitudes face ao envelhecimento, tendem, igualmente, a ser mais positivas quanto maior o nível de escolaridade (Tabela 5.6.).

**Tabela 5.6.**

Análise do Teste *Kruskal-Wallis* no que se refere aos afetos negativos da componente afetiva do bem-estar subjetivo e à componente atitudes face ao envelhecimento do bem-estar psicológico

	<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>Médias</b>
PANAS Afetos negativos	Não sabe ler nem escrever	17	46.29
	Sabe ler e escrever mas não concluiu a escolaridade	14	49.82
	4º ano de escolaridade	19	53.13
	6.º ano de escolaridade	4	41.13
	9º ano de escolaridade	8	26.88
	12º ano de escolaridade	9	27.61
	Superior	13	34.46
	Total	84	
PGCMS Atitudes face ao envelhecimento	<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>Médias</b>
	Não sabe ler nem escrever	17	35.44
	Sabe ler e escrever mas não concluiu a escolaridade	14	36.32
	4º ano de escolaridade	19	39.68
	6.º ano de escolaridade	4	21.63
	9º ano de escolaridade	8	55.25
	12º ano de escolaridade	9	47.22
	Superior	13	57.81
	Total	84	

Por sua vez, analisando o suporte social, a escolaridade apresenta resultados significativos quer com a quantidade de suporte social ( $F(6,77) = 3.45$ ;  $p = .005$ ), quer com a sua qualidade ( $F(6,77) = 2.31$ ;  $p = .042$ ). Assim, após uma análise posterior, recorrendo ao Teste de *Tukey*, os resultados indicam que quando comparados os idosos com o ensino superior com os idosos que não sabem ler nem escrever e com os idosos que apresentam o 4º ano ( $MD = .99$ ;  $p = .018$  e  $MD = .88$ ;  $p = .043$  respetivamente), a quantidade de suporte social é a favor dos idosos com o ensino superior, ou seja, são os idosos que têm o ensino superior os que apresentam um maior número de suporte social, comparativamente aos grupos anteriores.

Relativamente à qualidade de suporte social, a análise posterior recorrendo ao Teste de *Tukey* não permitiu conclusões mais específicas no que se refere ao sentido das diferenças encontradas, pelo que foi realizado o Teste *Kruskal-Wallis* (Tabela 5.7.).

**Tabela 5.7.**Análise do Teste *Kruskal-Wallis* no que se refere à qualidade de suporte social

	<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>Médias</b>
SSQ6 qualidade	Não sabe ler nem escrever	17	55.12
	Sabe ler e escrever mas não concluiu a escolaridade	14	57.71
	4º ano de escolaridade	19	40.55
	6.º ano de escolaridade	4	15.75
	9º ano de escolaridade	8	30.38
	12º ano de escolaridade	9	36.00
	Superior	13	32.65
	Total	84	

Analisando as médias, é possível afirmar que a qualidade do suporte social é tanto maior quanto menor a escolaridade do idoso.

No que concerne à profissão dos idosos, uma vez que 100% da amostra é reformada, foi analisada a profissão anterior à reforma, segundo a classificação de *Graffar*. Refira-se que, para a avaliação de possíveis relações entre a profissão anterior à reforma e as variáveis psicológicas em estudo, não foram consideradas, nem as profissões de grau 1, pois apenas apresentava um sujeito, nem as profissões de grau 3, com apenas três sujeitos. Não foram, igualmente, consideradas para análise os indivíduos que não responderam à questão. Assim sendo, para esta análise foi considerada uma amostra de 77 indivíduos e a variável profissão com três categorias (grau 2, grau 4, grau 5).

A análise de variância realizada permitiu verificar diferenças estatisticamente significativas em relação à satisfação com a vida ( $F(2,74) = 4.53$ ;  $p = .014$ ), aos afetos negativos da componente afetiva do bem-estar subjetivo ( $F(2,74) = 5.26$ ;  $p = .007$ ), à quantidade de suporte social ( $F(2,74) = 14.52$ ;  $p = .000$ ), à componente solidão/insatisfação do bem-estar psicológico ( $F(2,74) = 9.67$ ;  $p = .000$ ), à componente atitudes face ao envelhecimento do bem-estar psicológico ( $F(2,74) = 3.72$ ;  $p = .029$ ) e à MCR ( $F(2,74) = 3.85$ ;  $p = .026$ ).

A análise *post-hoc*, recorrendo ao procedimento *Tukey*, ao nível da satisfação com a vida, indica que as diferenças resultam quando comparados os indivíduos com profissão grau 2, com os idosos com profissão grau 5 ( $MD = .79$ ;  $p = .010$ ), a favor do primeiro grupo, ou seja, os idosos que apresentam maior satisfação com a vida são os de grau 2.

Em relação aos afetos negativos, os resultados indicam que são os idosos com profissão de grau 5 que apresentam mais afetos negativos comparativamente aos idosos, quer de grau 2, quer de grau 4 ( $MD = .39$ ;  $p = .033$  e  $MD = .37$ ;  $p = .024$  respetivamente).

Por sua vez, são os idosos de grau 2 que apresentam maior quantidade de suporte social, quando comparados com os idosos que apresentam uma profissão de grau 4 e de grau 5 ( $MD = .83$ ;  $p = .003$  e  $MD = 1.16$ ;  $p = .000$  respectivamente).

As diferenças verificadas ao nível da componente solidão/insatisfação do bem-estar psicológico são quando comparados o grau 5 com os graus 2 e 4 ( $MD = -.33$ ;  $p = .002$  e  $MD = -.29$ ;  $p = .002$  respectivamente), isto é, quem apresenta menor níveis de solidão/insatisfação e consequente maior bem-estar são os idosos cuja profissão se enquadra no grau 5. Em relação à componente das atitudes face ao envelhecimento, são os idosos com profissão de grau 2 que apresentam atitudes mais positivas quando comparados com os idosos com profissão de grau 5 ( $MD = .24$ ;  $p = .027$ ).

No que se refere à escala MCR, a análise posterior recorrendo ao Teste de *Tukey* não permitiu conclusões mais específicas no que se refere ao sentido das diferenças encontradas e, por isso, foi realizado o Teste *Kruskal-Wallis*. Analisando as médias, é possível afirmar que, relativamente à resiliência desenvolvida na infância, quanto mais alto é o grau da profissão, mais se verifica a presença de resiliência, demonstrando assim que são os indivíduos com profissão grau 5 os que apresentam níveis mais elevados de resiliência.

### **5.2.3. Avaliação da situação económica e da saúde**

Em primeiro lugar é de referir que, para uma análise mais simples, quer da situação económica, quer da saúde, os itens foram invertidos para que ficassem positivos de modo crescente e não decrescente como estavam formulados.

Quanto à situação económica, verifica-se que quanto menos satisfatória é a situação económica, maior é a presença de afetos negativos ( $r = -.405$ ;  $p = .000$ ). Por sua vez, quanto mais satisfatória é a situação económica, maior é o bem-estar subjetivo, no que diz respeito à componente cognitiva ( $r = .368$ ;  $p = .001$ ). Relativamente às componentes do bem-estar psicológico, quando a situação económica é percecionada como mais satisfatória, maiores são os níveis de solidão/insatisfação ( $r = .494$ ;  $p = .000$ ) e de agitação ( $r = .271$ ;  $p = .013$ ), ou seja, menor o bem-estar psicológico. Contudo, em relação às atitudes face ao envelhecimento, estas são mais positivas quanto mais satisfatória é a situação económica ( $r = .381$ ;  $p = .000$ ), o que indica níveis mais elevados de bem-estar psicológico. No que se refere ao suporte social, verifica-se uma relação entre a sua quantidade e a situação económica, o que parece indicar que quanto mais satisfatória é a situação económica, maior a quantidade de suporte social percecionado ( $r = .306$ ;  $p = .005$ ). A resiliência não apresenta qualquer relação com a situação económica.

No que concerne à avaliação da saúde, esta não se encontra relacionada com a componente cognitiva do bem-estar subjetivo, mas encontra-se significativamente relacionada, tanto com os afetos positivos ( $r = .326; p = .003$ ), como com os afetos negativos ( $r = -.482; p = .000$ ), sendo que nos afetos negativos a relação é inversa. Assim, os idosos que percebem a sua saúde como melhor apresentam mais afetos positivos, e menos afetos negativos. Relativamente à resiliência, a escala MSR encontra-se relacionada com a percepção de saúde, ou seja, a resiliência tende a apresentar valores mais positivos quando a saúde é percebida, também, como mais positiva ( $r = .246; p = .024$ ). No bem-estar psicológico, a saúde tem, também, influência, na medida em que, quanto melhor a percepção de saúde, mais positivas são as atitudes face ao envelhecimento ( $r = .436; p = .000$ ), o que indica maior bem-estar psicológico. Contudo, quanto melhor a percepção da saúde, maiores são, também, os sentimentos de solidão, insatisfação ( $r = .475; p = .000$ ) e de agitação ( $r = .252; p = .021$ ), isto é, o bem-estar psicológico é menor. No que se refere ao suporte social, verifica-se uma relação entre a sua quantidade e a saúde, no sentido de que a percepção da saúde é tanto mais positiva quanto maior a quantidade de suporte social percebido ( $r = .272; p = .012$ ).

### **5.3. Resiliência, suporte social, bem-estar e institucionalização**

No que se refere às relações entre a resiliência e o fator institucionalização, verificou-se que a resiliência desenvolvida na infância (MCR) relaciona-se negativamente com a institucionalização ( $r = -.296; p = .006$ ), o que indica que os idosos que apresentam valores mais elevados na resiliência são os idosos que se encontram institucionalizados (Tabela 5.8.).

Relativamente à componente cognitiva do bem-estar subjetivo, os resultados demonstraram uma correlação positiva e significativa com a institucionalização ( $r = .299; p = .006$ ), o que significa que os indivíduos não institucionalizados apresentam maior satisfação com a vida (Tabela 5.8.).

No que concerne à componente afetiva do bem-estar subjetivo, o fator institucionalização apresenta uma correlação significativa e negativa relativamente aos afetos negativos ( $r = -.397; p = .000$ ), ou seja, os idosos institucionalizados apresentam mais afetos negativos (Tabela 5.8.).

**Tabela 5.8.**

Análise correlacional da resiliência, do bem-estar subjetivo, do bem-estar psicológico e do suporte social em relação à institucionalização e respetivo regime

Variáveis	Institucionalização (n=84)	Regime de institucionalização (n=44)
	<i>r</i> ( <i>p</i> )	<i>r</i> ( <i>p</i> )
MSR	.128 (.246)	.283 (.062)
MCR	-.296** (.006)	.265 (.083)
SWLS	.299** (.006)	-.013 (.934)
PANAS Afetos positivos	.174 (.114)	.392** (.009)
PANAS Afetos negativos	-.397** (.000)	-.045 (.770)
PGCMS Solidão/insatisfação	.519** (.000)	.092 (.552)
PGCMS Atitudes envelhecimento	.300** (.006)	.013 (.931)
PGCMS Agitação	.130 (.240)	.003 (.983)
SSQ6 qualidade	-.129 (.240)	-.024 (.877)
SSQ6 quantidade	.435** (.000)	.142 (.358)

\*\* $p < .01$

Relativamente ao bem-estar psicológico, a dimensão das atitudes face ao envelhecimento apresenta uma correlação positiva e significativa ( $r = .300$ ;  $p = .006$ ), indicando que são os idosos não institucionalizados os que apresentam atitudes mais positivas, ou seja, apresentam-se com níveis mais elevados de bem-estar psicológico. Por sua vez, a dimensão da solidão/insatisfação apresenta, também, uma correlação positiva e significativa ( $r = .519$ ;  $p = .000$ ), que indica, inversamente, que são os idosos não institucionalizados que apresentam maiores níveis de solidão e insatisfação, ou seja, menor bem-estar psicológico.

Os resultados demonstraram que a quantidade de suporte social se encontra correlacionada positivamente com a institucionalização ( $r = .435$ ;  $p = .000$ ), o que indica que os idosos que apresentam maior suporte social são os idosos que não se encontram em situação de institucionalização.

Importa também ressaltar o regime de institucionalização (i.e., se os idosos estão institucionalizados em Lar ou em Centro de Dia), em que se verificou uma correlação significativa e positiva com os afetos positivos da componente afetiva do bem-estar subjetivo ( $r = .392$ ;  $p = .009$ ). Este resultado indica que os idosos que frequentam Centro de Dia apresentam mais afetos positivos que os idosos que frequentam Lar.

Foram, ainda, analisadas as possíveis relações entre as variáveis psicológicas e o tempo de institucionalização, mas nenhuma correlação foi significativa, demonstrando assim que, neste grupo de idosos, o tempo não influencia a resiliência, o bem-estar e o suporte social dos idosos.



#### 5.4. Análise correlacional entre a resiliência, o suporte social e o bem-estar

Da análise às correlações entre as várias variáveis em estudo, importa sublinhar alguns resultados. Os idosos que apresentam valores mais elevados na escala MCR (resiliência desenvolvida enquanto criança) apresentam mais afetos positivos ( $r = .349$ ;  $p = .001$ ). Por sua vez, os idosos que apresentam valores mais elevados na escala MSR (resiliência atual), demonstram maior satisfação com a vida ( $r = .422$ ;  $p = .000$ ), apresentando mais afetos positivos ( $r = .544$ ;  $p = .000$ ) e menos afetos negativos ( $r = -.276$ ;  $p = .011$ ).

Refira-se que a componente cognitiva do bem-estar subjetivo encontra-se significativamente correlacionada negativamente com os afetos negativos da componente afetiva, ou seja, os idosos que apresentam valores elevados de satisfação com a vida, apresentam menos afetos negativos ( $r = -.320$ ;  $p = .003$ ).

Relativamente ao suporte social, nomeadamente à componente da quantidade, este correlaciona-se positivamente com a escala MSR no sentido de que, quanto maior o número percebido de suporte social, é também maior a resiliência ( $r = .335$ ;  $p = .002$ ). Da mesma forma, uma quantidade maior de suporte social correlaciona-se com níveis elevados da componente cognitiva do bem-estar subjetivo ( $r = .376$ ;  $p = .000$ ). No que diz respeito à componente afetiva do bem-estar subjetivo, assinala-se uma relação positiva com o suporte social no que se refere aos afetos positivos ( $r = .291$ ;  $p = .007$ ) e uma relação negativa no que se refere aos afetos negativos ( $r = -.248$ ;  $p = .023$ ), ou seja, os idosos que apresentam uma maior quantidade de suporte social apresentam mais afetos positivos e menos afetos negativos.

No que se refere à componente da qualidade do suporte social, este apresenta correlações estatisticamente significativas e positivas com a escala MSR da resiliência ( $r = .302$ ;  $p = .005$ ), com a componente cognitiva do bem-estar subjetivo ( $r = .223$ ;  $p = .041$ ) e com os afetos positivos da componente afetiva do bem-estar subjetivo ( $r = .297$ ;  $p = .006$ ). Estes resultados indicam que quanto maior é a perceção da qualidade do suporte social que é recebido, maiores são os valores ao nível da resiliência, mais bem-estar subjetivo os idosos apresentam, bem como mais afetos positivos.

Relativamente à análise de cada componente do bem-estar psicológico, refira-se em primeiro lugar as correlações significativas e positivas encontradas ao nível das atitudes face ao envelhecimento, que indicam um maior bem-estar psicológico à medida que também aumenta a resiliência - escala MSR ( $r = .420$ ;  $p = .000$ ), a satisfação com a vida ( $r = .442$ ;  $p = .000$ ), a qualidade do suporte social ( $r = .230$ ;  $p = .035$ ), a quantidade de suporte social

( $r = .283$ ;  $p = .009$ ), os afetos positivos ( $r = .386$ ;  $p = .000$ ). Inversamente, atitudes negativas face ao envelhecimento relacionam-se com os afetos negativos ( $r = -.298$ ;  $p = .006$ ).

Quanto à agitação, é possível afirmar que se correlaciona, negativamente, com os afetos negativos, o que indica que quanto menor o seu estado de agitação (ou seja, mais bem-estar psicológico) mais afetos negativos o indivíduo apresenta ( $r = -.498$ ;  $p = .000$ ).

Relativamente à componente solidão e insatisfação, o indivíduo tende a apresentar níveis mais elevados de solidão/insatisfação (i.e., indicadores negativos de bem-estar psicológico), quanto maior é a resiliência – escala MSR ( $r = .378$ ;  $p = .000$ ), a quantidade de suporte social ( $r = .317$ ;  $p = .003$ ), a satisfação com a vida ( $r = .412$ ;  $p = .000$ ) e os afetos positivos da componente afetiva do bem-estar subjetivo ( $r = .241$ ;  $p = .027$ ). Por sua vez, quanto maior a presença de afetos negativos, menores os níveis de solidão/insatisfação ( $r = -.454$ ;  $p = .000$ ).

### **5.5. Análise das variáveis preditivas da resiliência**

Utilizou-se a regressão linear múltipla, método *Enter*, com o objetivo de avaliar o contributo do bem-estar subjetivo, do bem-estar psicológico e do suporte social, na resiliência (MSR) dos idosos, avaliando-se, ainda, o contributo de duas variáveis sociodemográficas, nomeadamente, a idade e o género.

Através da análise do modelo, é possível verificar que estas variáveis, no seu conjunto, explicam 47% da variância da resiliência, sendo este contributo estatisticamente significativo [ $R^2 = .47$ ,  $F(10, 73) = 6.42$ ,  $p = .000$ ].

A análise individual dos contributos dos preditores revela que apenas uma variável é estatisticamente significativa, nomeadamente os afetos positivos da componente afetiva do bem-estar subjetivo ( $\beta = .453$ ,  $p = .000$ ). Assim, é possível concluir que os afetos positivos predizem a resiliência neste grupo de idosos (Tabela 5.9.).

**Tabela 5.9.**

Regressão linear múltipla com o objetivo de verificar quais os preditores da resiliência

	Coeficientes <sup>a</sup>			<i>t</i>	<i>Sig.</i>
	Coeficientes Não Padronizados		Coeficientes Padronizados		
	B	<i>Std. Error</i>	Beta		
(Constant)	2.466	.699		3.530	.001
PANAS Afetos positivos	.274	.061	.453	4.477	.000
PANAS Afetos negativos	-.177	.100	-.194	-1.768	.081
SWLS	.086	.062	.156	1.382	.171
SSQ6 quantidade	.055	.061	.093	.893	.375
SSQ6 qualidade	.017	.046	.036	.369	.713
PGCMS Solidão/insatisfação	.135	.236	.092	.575	.567
PGCMS Atitudes envelhecimento	.147	.186	.095	.791	.432
PGCMS Agitação	-.126	.175	-.080	-.724	.472
Idade	.010	.006	.165	1.571	.121
Gênero	-.132	.104	-.112	-1.268	.209

<sup>a</sup>Variável Dependente: MSR

## **Parte II – Estudo Empírico**

---

### **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

## **6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A discussão dos resultados é efetuada tendo como referencial os objetivos gerais e específicos do presente estudo.

### **6.1. Resiliência, suporte social e bem-estar nos idosos**

De acordo com os dados estudados e de acordo com o objetivo geral, assinala-se o facto de esta amostra de idosos apresentar valores elevados no que diz respeito à resiliência, resultado que é descrito noutros estudos, nomeadamente o efetuado por Gooding e colaboradores (2012). A amostra apresenta, também, nível elevados de bem-estar subjetivo, no que se refere à dimensão cognitiva (i.e., a satisfação com a vida). Schilling (2006) indica que a satisfação com a vida mantém-se ao longo do envelhecimento.

De forma geral, e no que respeita à componente afetiva do bem-estar subjetivo, os resultados apontam para uma amostra de idosos com uma baixa presença, tanto de afetos negativos, como de afetos positivos, apesar de que a amostra revelou um resultado mais baixo de afetos negativos, o que se constitui como positivo. A baixa presença dos afetos positivos nesta amostra de idosos poderá ser explicada tendo em conta Griffin e colaboradores (2006) que constataram, igualmente, que os afetos positivos tendem a diminuir aquando do aumento da idade.

Contudo, no que se refere ao bem-estar psicológico, todas as componentes apresentam valores elevados, o que nem sempre se constitui como positivo. É, de facto, positivo a apresentação de valores elevados no que respeita à componente de atitudes face ao envelhecimento mas, as componentes solidão/insatisfação e agitação constituem-se como um fator negativo, ou seja, indicam uma baixa presença de bem-estar psicológico. Estes resultados são corroborados por Paúl e colaboradores (2005) que verificaram que, de uma forma geral, os idosos demonstram alguma solidão/insatisfação e estão ansiosos/agitados.

Em relação ao suporte social, apesar de se verificar um baixo número da rede de suporte social (i.e., quantidade), verificou-se que, ainda assim, os idosos apresentam-se satisfeitos com o apoio que recebem (i.e., percecionam uma qualidade elevada do apoio recebido). Este resultado vai ao encontro de Pimentel, Afonso e Pereira (2012) que também verificaram que, de forma geral, a média de satisfação que os idosos apresentam com o apoio social é elevada.

Ainda relativamente ao objetivo geral que pretendia a análise da resiliência, suporte social e bem-estar nos idosos, foram efetuadas correlações com o propósito de investigar em

que medida estas variáveis se interrelacionam. Verificou-se, então, que os idosos com um nível mais elevado de resiliência, na escala MCR, apresentam mais afetos positivos, enquanto os idosos com nível mais elevado de resiliência, na escala MSR, demonstram, também, mais afetos positivos, maior satisfação com a vida (i.e., componente cognitiva do bem-estar subjetivo) e menos afetos negativos. Por sua vez, os idosos que apresentam maior satisfação com a vida, apresentam menos afetos negativos.

Os resultados permitiram ainda concluir que quanto maior o número percebido de suporte social (i.e., quantidade), maiores são os níveis de resiliência e da componente cognitiva do bem-estar subjetivo, verificando-se mais afetos positivos e menos afetos negativos. Por outro lado, quanto maior é a percepção da qualidade do suporte social (i.e., a satisfação dos idosos com o apoio que recebem), maiores são os níveis da resiliência, mais bem-estar subjetivo os idosos apresentam, bem como, mais afetos positivos. Os resultados alcançados são corroborados pelo estudo de Ferreira e colaboradores (2012) que também verificaram que o suporte social e a resiliência se relacionam positivamente, bem como por Caprara e Steca (2005), que afirmam que os indivíduos mais satisfeitos com o suporte social apresentam, também, níveis mais elevados de bem-estar subjetivo e de afetos positivos.

Em relação aos resultados encontrados acerca de cada componente do bem-estar psicológico, refira-se que os idosos que apresentam maior bem-estar (i.e., atitudes positivas face ao envelhecimento) demonstram maiores níveis de resiliência, mais satisfação com a vida, mais afetos positivos, maior satisfação com o suporte social recebido e, ainda maior número de suporte social. Por sua vez, os idosos que mostram níveis mais baixos de bem-estar, nomeadamente, atitudes menos positivas face ao envelhecimento e maior agitação, revelam mais afetos negativos.

Ao nível da solidão/insatisfação, os resultados obtidos parecem um pouco contraditórios, uma vez que os idosos que apresentam níveis mais elevados de resiliência, de satisfação com a vida, de afetos positivos e, ainda, de quantidade de suporte social, revelam níveis também mais elevados de solidão/insatisfação, o que se constitui como um índice negativo de bem-estar. Estes resultados parecem indicar que a forma como se analisa o bem-estar psicológico é fulcral para a sua interpretação. Assinale-se que à semelhança do que a literatura conceptualiza sobre o bem-estar subjetivo em que o constructo é avaliado em três dimensões independentes (i.e., satisfação com a vida, afetividade positiva e afetividade negativa) (Diener, 1999; Sirgy, 2002), também parece necessária uma avaliação individual de cada componente do bem-estar psicológico. Neste sentido e uma vez que os presentes resultados são no sentido de que as variáveis psicológicas em estudo se relacionam

positivamente com as atitudes face ao envelhecimento, sendo indicadores positivos de bem-estar psicológico, apesar de se relacionarem negativamente com a solidão/insatisfação (ou seja, constituindo-se como indicadores negativos de bem-estar psicológico), este parece ser um aspeto a estudar em futuras investigações de forma a verificar se este foi um resultado pontual desta amostra.

## **6.2. Relações entre a resiliência, o suporte social, o bem-estar e as variáveis sociodemográficas**

O primeiro objetivo específico propunha a análise das variáveis em estudo com as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, a idade, o género, o estado civil, a escolaridade, a profissão anterior à reforma, a avaliação da situação económica e a perceção da saúde.

No que concerne às associações entre idade e bem-estar psicológico, os resultados apontaram para uma diminuição do bem-estar psicológico à medida que a idade aumenta, resultado corroborado por Silva (2009). Relativamente às comparações entre a idade e a componente afetiva do bem-estar subjetivo, os resultados sugerem que, com o aumento da idade, os afetos positivos tendem a diminuir, enquanto os negativos tendem a aumentar, resultado também confirmado por Pinquart (2001) e Griffin e colaboradores (2006). Quanto à dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à idade, o que vai ao encontro de Schilling (2006), que chama a atenção para uma manutenção do nível de satisfação com a vida no envelhecimento, não aumentando nem diminuindo com a idade.

Por sua vez, verificou-se, ainda, que à medida que a idade aumenta, os idosos apresentam um menor número de suporte social, o que não acontece com a qualidade de suporte social. De uma forma geral, os estudos apontam para uma inexistência de diferenças significativas entre o suporte social e a idade dos idosos (e.g., Freitas, 2011). Contudo, o facto destes idosos apresentarem menor quantidade de suporte social à medida que a idade aumenta, poderá ser justificado pelo facto de que, consoante vão envelhecendo, vão também falecendo os seus pares, deparando-se assim com algumas perdas que influenciam a quantidade de suporte social recebido.

Em relação ao género, este não apresentou qualquer associação com as variáveis psicológicas em estudo, resultados que estão de acordo com alguns estudos, nomeadamente o estudo de Fortes, Portuguese e Argimon (2009) no âmbito da resiliência e o estudo de Freitas (2011) no âmbito do suporte social. Contudo, os nossos resultados encontram-se, também, em discordância com outros no âmbito do bem-estar psicológico, como é o caso da investigação

realizada por Silva (2009), que verificou que são as mulheres que apresentam valores mais elevados de solidão/insatisfação e de agitação, sendo os homens os que apresentam atitudes mais positivas face ao envelhecimento e, por isso, maior bem-estar psicológico, resultado que também vai ao encontro de Paúl e colaboradores (2005).

Relativamente ao estado civil, os principais resultados parecem apontar para diferenças significativas ao nível dos afetos negativos e ao nível da quantidade de suporte social. De acordo com os resultados obtidos por Freitas (2011), o estado civil contribui para uma diferença significativa ao nível da rede social, uma vez que o casamento se apresenta como tendo um efeito protetor. Os nossos resultados vão ainda ao encontro de Stoller (1992, citado por Paúl et al., 2005), que indica que para os idosos casados, a relação com o cônjuge é a principal fonte de suporte. De facto, e de acordo com Paúl (1993; 2006), o casamento é das relações afetivas próximas que mais favorece o envelhecimento bem-sucedido, uma vez que os cônjuges são das primeiras e principais pessoas que prestam cuidados.

De igual modo, verificou-se, também, que são os idosos casados ou em união de facto que apresentam menos afetos negativos do que os viúvos, expressando assim um maior bem-estar. Assinale-se ainda que de acordo com Argyle (2003) e com Galinha (2008), os indivíduos casados ou em união de facto, apresentam maiores níveis de bem-estar do que aqueles que vivem sozinhos, são solteiros, divorciados ou viúvos.

No que se refere à escolaridade e em relação ao bem-estar psicológico, verificou-se que os idosos que apresentam mais solidão e insatisfação e consequente menos bem-estar, são os idosos com maior escolaridade, resultado este que vai ao encontro de Silva (2009), que verificou, também, uma associação significativa e positiva com o bem-estar psicológico, apontando assim para uma diminuição deste à medida que o nível de escolaridade aumenta. Por sua vez, são os idosos com menor nível de escolaridade que apresentam menor número de suporte social, sendo os idosos que têm o ensino superior os que apresentam maior quantidade de suporte social. Em relação à qualidade do suporte social, esta é tanto maior quanto menor a escolaridade do idoso. Estes resultados indicam que, não obstante os idosos com escolaridade mais baixa apresentem uma menor quantidade de suporte social, ainda assim, estão mais satisfeitos com o suporte social que recebem. Os resultados apontam, também, para que quanto maior o nível de escolaridade, menor é a existência de afetos negativos, à exceção do ensino superior, talvez pelo facto destes idosos apresentarem também maiores exigências advindas, provavelmente, de um maior conhecimento e mais expectativas relativamente ao seu envelhecimento.



Por sua vez, a ausência de diferenças significativas no âmbito da idade, género e escolaridade relativamente à resiliência, é um resultado corroborado por Fortes e colaboradores (2009).

No que diz respeito à situação económica, os resultados demonstraram que quanto mais os indivíduos se encontram satisfeitos com a sua situação, maiores níveis de bem-estar subjetivo (i.e., componente cognitiva), os idosos apresentam. Este resultado é corroborado por Argyle (1999) e por Diener e Diener (1995), que indicam que a satisfação com a vida é influenciada pela satisfação com a situação económica.

Em relação aos idosos que percecionam a sua situação económica como mais insatisfatória, estes apresentam mais afetos negativos. Com efeito, sempre que ocorrem mudanças no nível do rendimento económico, este apresenta uma influência sobre o bem-estar subjetivo, apesar de, posteriormente, os indivíduos se adaptarem à mudança (Galinha, 2008). Este dado poderá justificar o porquê dos idosos em estudo apresentarem mais afetos negativos quando a situação económica é insatisfatória, mas não apresentarem mais afetos positivos quando esta é satisfatória.

Ainda neste âmbito, verificou-se que os idosos que percecionam a sua situação económica como mais satisfatória apresentam, também, atitudes mais positivas face ao envelhecimento, resultado corroborado por Sequeira e Silva (2002). Contudo, verificou-se que quando a situação económica é percecionada como mais satisfatória, maiores são os níveis de solidão/insatisfação e de agitação, ou seja, menor o bem-estar psicológico, resultados que são discrepantes do estudo de Sequeira e Silva (2002). Estes idosos apresentam, ainda, maior quantidade de suporte social.

Quanto à avaliação subjetiva que os idosos fazem da sua saúde, verificou-se que quanto mais positiva for a perceção de saúde, maior a presença de afetos positivos, resultado corroborado por Fredrickson (2003) que chama a atenção para que as emoções influenciam, ainda de que forma indireta, a saúde, e por Damásio (2001) que afirma que o afeto positivo influencia diretamente a saúde através de respostas químicas e neuronais. Os resultados do presente estudo também mostraram, em sentido oposto, que quanto mais positiva é percecionada a saúde, menor a presença de afetos negativos, o que seria de esperar.

Uma perceção positiva da saúde relaciona-se, não só com os afetos negativos e positivos, mas também com a resiliência (escala MSR) e com a quantidade de suporte social. Neste sentido, quanto maior o suporte social percecionado pelo idoso, mais positiva é a perceção que o idoso faz da sua saúde, resultado que vai ao encontro do defendido por Rodriguez e Cohen (1998), que afirmam que o apoio social tem a capacidade de produzir

efeitos benéficos na saúde (quer física, quer mental). A percepção positiva da saúde também se relaciona com valores mais elevados de resiliência, o que é corroborado por Gooding e colaboradores (2012), que referem que percepções mais baixas do nível de saúde preveem resultados igualmente mais baixos na resiliência. A avaliação positiva da saúde relaciona-se, ainda, com atitudes mais positivas face ao envelhecimento, o que se constitui como um índice positivo de bem-estar psicológico e que vai ao encontro de Sequeira e Silva (2002).

### **6.3. Relações entre a resiliência, o suporte social, o bem-estar e a institucionalização**

Relativamente ao segundo objetivo específico que pretendia a análise do fator institucionalização, as principais conclusões permitem afirmar que os indivíduos não institucionalizados apresentam uma maior satisfação com a vida (i.e., componente cognitiva do bem-estar subjetivo), atitudes mais positivas face ao envelhecimento, ou seja, mais bem-estar psicológico e, ainda, maior número de suporte social. Contudo, são também os idosos não institucionalizados os que apresentam maiores níveis de solidão/insatisfação e consequente menor bem-estar psicológico, o que poderá indicar que os outros idosos da instituição contribuem para a diminuição do sentimento de solidão/insatisfação. Por sua vez, os idosos institucionalizados apresentam mais afetos negativos (i.e., componente afetiva do bem-estar subjetivo).

Desta forma, a institucionalização, no presente estudo, pode ser encarada como um fator de risco, uma vez que são os indivíduos não institucionalizados que apresentam resultados mais positivos. Com efeito, Custódio (2008) afirma que a institucionalização tende a desfazer alguns dos laços que o idoso mantinha com a sociedade, o que poderá explicar o facto de que são os idosos que não se encontram em situação de institucionalização os que apresentam um maior número de suporte social. De igual modo, a institucionalização pode acarretar um conjunto de perdas (Paiva, 2008), perdas estas que podem contribuir para o aumento dos afetos negativos, o que se verifica no presente estudo.

Relativamente à resiliência, verificou-se que esta apenas se relaciona negativamente com a institucionalização na subescala Measuring Child Resilience (MCR), o que indica que os idosos que apresentam valores mais altos na resiliência são os idosos que se encontram institucionalizados. Este resultado poderá ser justificado no sentido em que, não obstante a institucionalização funcione como fator de risco, a resiliência que estes idosos desenvolveram na infância parece estar a permitir-lhes que se apresentem como resilientes e que consigam ultrapassar esta adversidade. Assinale-se que estes idosos apresentam uma maior resiliência

do que os não institucionalizados, o que está também de acordo com a teoria da resiliência que afirma que esta se desenvolve a partir de situações de risco (Rutter, 2006).

Refira-se ainda as principais conclusões relativas ao regime de institucionalização, em que os idosos que frequentam Centro de Dia apresentam mais afetos positivos que os idosos que frequentam Lar. Seria de esperar que os idosos em Centro de Dia apresentassem resultados mais positivos do que os idosos em Lar, uma vez que, embora exista uma mudança e adaptação, ainda assim o idoso mantém a sua autonomia, permitindo-lhe continuar na sua casa. O que nos surpreendeu é que esta diferença entre Centro de Dia e Lar só tenha ocorrido para uma variável em estudo, os afetos positivos, o que poderá dever-se à carga negativa que o processo de institucionalização tem, seja ela apenas em regime diurno, ou completa. Com efeito, Roncon e Menezes (1993) sublinham o facto de a institucionalização ser uma transição de vida extremamente importante para o idoso, pois exige a adaptação a novos papéis, relações e espaços, o que poderá explicar o porquê de não se verificarem mais diferenças entre os idosos que frequentam Centro de Dia e os idosos que frequentam Lar.

Em relação ao tempo de institucionalização, apesar da amostra recolhida apresentar uma grande variedade relativamente a este aspeto (i.e., varia de 3 meses a 13 anos), este não se mostrou significativamente relacionado com nenhuma das variáveis psicológicas em estudo. Este resultado vai ao encontro do estudo realizado por Carvalho e Dias (2011), que concluíram, igualmente, que o tempo de permanência na instituição não se encontra relacionado com uma boa ou má adaptação.

#### **6.4. Análise das variáveis que influenciam positivamente a resiliência dos idosos**

Tendo em vista o último objetivo do presente estudo, isto é, verificar quais as variáveis que predizem a resiliência nos idosos, podemos concluir que das variáveis consideradas em equação, os afetos positivos (da componente afetiva do bem-estar subjetivo) são o único preditor da resiliência dos sujeitos em estudo. Assim sendo, os idosos resilientes apresentam mais afetos positivos, apresentando estes uma influência direta sobre o nível de resiliência.

Atendendo a que a resiliência pode ser conceptualizada como um processo que permite ao indivíduo ultrapassar as adversidades de modo bem-sucedido (Luthar & Cicchetti, 2000; Masten, 2001; Rutter, 1999), existindo duas componentes essenciais para que a resiliência se desenvolva, os fatores de risco e fatores de proteção (Hengudomsub, 2007), poderemos concluir que a afetividade positiva se constitui como um importante fator de proteção que contribui para o desenvolvimento da resiliência.

Nesta linha de pensamento, é de referir um estudo realizado com 121 idosos, que apresentou como objetivo a identificação dos aspetos que contribuem para um envelhecimento resiliente. Os resultados do *focus group* realizado demonstraram que este se relaciona, entre outros fatores, com uma atitude positiva (Wiles et al., 2012). Com efeito, o presente estudo identificou os afetos positivos como os preditores de resiliência neste grupo de idosos. Estes resultados parecem ir ao encontro do *focus group* descrito, uma vez que as atitudes positivas podem estar relacionadas com os afetos positivos.

Não obstante, torna-se importante refletir sobre o suporte social, uma vez que a sua relação com a resiliência é descrita na literatura, no sentido de que quanto maior o suporte social, maiores os resultados ao nível da resiliência (Ferreira, Santos & Maia, 2012). Aliás, refira-se que um dos três principais fatores na definição de envelhecimento bem-sucedido é a manutenção do relacionamento social (Fontaine, 2000; Simões, 2005; 2006). De facto, na presente investigação os resultados indicaram que quanto maior o suporte social percecionado (quer ao nível da quantidade, quer da qualidade), mais resiliência os idosos apresentam. Contudo, ao analisar o modelo preditivo, verificamos que o suporte social não apresenta resultados estatisticamente significativos na predição da resiliência dos idosos, o que se poderá justificar na medida em que, apesar de estas variáveis se relacionarem mutuamente, não existe uma relação de influência entre elas, ou seja, o suporte social, por si só, não prediz uma maior resiliência, o que também está de acordo com as teorias sobre a resiliência que postulam que esta tem na sua base um conjunto diversificado de diversos fatores de proteção que equilibrem os fatores de risco (Martins, 2005; Rutter, 2006).

Neste sentido, é, ainda, de referir a Teoria do Desenvolvimento e do Envelhecimento de Baltes que preconiza que embora prevaleçam as perdas na velhice, ainda assim há desenvolvimento nesta etapa de vida. De facto, o desenvolvimento do idoso vai depender de variados fatores (e.g., contextos, eventos normativos ou inesperados), mas processa-se de forma multidimensional e multidirecional, através de ganhos e perdas. Aliás, o autor salienta que mesmo no envelhecimento, o desenvolvimento não é apenas feito de declínios, mas também de crescimentos (Baltes & Baltes, 1983; Fonseca, 2005; Freund & Baltes, 2009, Oliveira, 2010).

Deste modo, é necessário que o idoso seja ativo no decorrer da sua velhice, pois, tal como Baltes refere no Modelo da Optimização Seletiva com Compensações, o envelhecimento bem-sucedido processa-se através da maximização de ganhos e da minimização de perdas, onde o idoso vai selecionar, otimizar e compensar (Baltes & Baltes, 1983; Fonseca, 2005; Freund & Baltes, 2009, Oliveira, 2010). Tendo em conta os presentes

resultados, poderemos sugerir que os afetos positivos, nesta amostra de idosos, funcionam/operam como mecanismo de otimização, com vista à manutenção de elevados níveis de resiliência que se constitui como a capacidade de equilibrar as perdas, ou seja, a compensação.

---

## **CONCLUSÃO**

## Conclusão

O envelhecimento do ser humano é um processo natural e gradual, em que se processam modificações e transformações, aos níveis biológico, social e psicológico (Tortosa & Motte, 2008). No entanto, estas modificações não têm que ser, necessariamente, encaradas como sinónimo de vulnerabilidade, uma vez que muitos idosos passam pela velhice de um modo bastante satisfatório.

De facto, numa primeira análise, quando se refere o envelhecimento bem-sucedido parece uma contradição, uma vez que o envelhecimento remete para uma imagem de declínio e de perda, enquanto o conceito de sucesso remete para ganhos, um balanço positivo e a imagem associada a vencer. Contudo, esta contradição pode servir como ponto de partida para um outro tipo de abordagem e reflexão sobre o envelhecimento (Baltes & Baltes, 1993).

É neste sentido que surge a necessidade de conceptualizar o envelhecimento de uma outra forma, mais positiva, sendo que a presente investigação tentou equacionar o papel das variáveis resiliência, bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e suporte social no envelhecimento, e na institucionalização.

A análise dos dados recolhidos revelou que, de um modo geral, a institucionalização tende a ser um fator de risco para os idosos, mas que, ainda assim, os idosos da presente amostra apresentam níveis satisfatórios de resiliência, satisfação com a vida, bem-estar e suporte. Constatou-se, também, que os idosos que frequentam Centro de Dia apresentam mais afetos positivos que os idosos que frequentam Lar, sendo esta a única diferença estatisticamente significativa observada entre Centro de Dia e Lar.

Relativamente à análise das várias variáveis sociodemográficas, saliente-se o estado civil, em que o cônjuge tende a ser um forte fator protetor, na medida em que são os idosos casados ou em união de facto os que apresentam maior suporte social e ainda menos afetos negativos. É ainda de refletir sobre alguns dos resultados relativos à idade dos idosos, fazendo uma ressalva sobre estes. Efetivamente, e segundo vários autores (e.g., Fontaine, 2000; Oliveira, 2010) critérios baseados exclusivamente na idade cronológica do indivíduo podem ser questionados, devendo-se ter em atenção que cada indivíduo não tem apenas uma idade, mas sim três idades diferentes (i.e., a idade biológica, a idade social e a idade psicológica) (Schroots & Birren, 1990). Torna-se, por isso, essencial ter em atenção não apenas a idade cronológica do idoso, pois, a título ilustrativo, *eu sou velho, quando me sinto velho*, ou seja, torna-se necessária uma avaliação do idoso de forma holística, tendo em consideração diferentes critérios.

No que se refere ao modelo preditivo da resiliência neste grupo de idosos, verificou-se que são os afetos positivos que predizem a resiliência, o que confere maior importância à componente afetiva do bem-estar subjetivo na terceira idade.

Consubstanciando o que anteriormente foi apresentado é nosso entender que o presente estudo se constituiu como uma contribuição para o estudo da problemática do envelhecimento.

No que respeita às suas mais-valias é de salientar a análise comparativa entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, bem como o facto da recolha ao nível dos idosos institucionalizados ter sido efetuada, quer em Centro de Dia, quer em Lar, permitindo assim uma análise relativa ao regime de institucionalização. Assinale-se também o facto de a amostra ter sido recolhida em mais do que uma instituição e em mais do que uma localidade, uma vez que os questionários foram aplicados no Algarve (i.e., Faro, Tavira, Lagos, Almancil, Santa Bárbara de Nexe) e no Alto Alentejo (i.e., Portalegre, Ponte-Sor, Fortios), permitindo assim uma maior representatividade dos resultados.

Face ao explanando, pensa-se que a presente investigação se constitui como um modesto contributo, quer no sentido de que os resultados obtidos podem ser pistas para novas investigações, quer no sentido de que poderão eventualmente ajudar a construir intervenções mais eficazes no campo da intervenção psicológica educacional. O Psicólogo Educacional enquanto agente educativo na comunidade detém um papel extremamente relevante na educação e desenvolvimento psicológico do indivíduo idoso, podendo contribuir para a implementação de atividades que promovam o envelhecimento bem-sucedido, através da minimização dos acontecimentos negativos e indesejáveis (e.g., declínio cognitivo, emoções negativas, solidão), e da maximização dos acontecimentos positivos e desejáveis (e.g., satisfação com a vida, atitudes mais positivas face ao envelhecimento, bem-estar).

Corroborando o que anteriormente se referenciou, saliente-se que a Psicologia do Envelhecimento visa a análise e a explicação das mudanças, ganhos e perdas que ocorrem na velhice (Birren & Schaie, 2006), ou, por outras palavras, constitui-se como o contributo da Psicologia à Gerontologia, que objetiva o estudo das modificações fisiológicas, psicológicas e sociais durante o envelhecimento do indivíduo (Fontaine, 2000).

Assim sendo, a Psicologia apresenta um importante contributo para esta etapa do ciclo de vida. Efetivamente, são várias as possíveis áreas de atuação do Psicólogo Educacional com indivíduos da terceira idade. Neste sentido, poderá atuar na avaliação das funções cognitivas, com o objetivo de desenvolver intervenções a esse nível (i.e., estimulação cognitiva para prevenção e/ou melhoramento do declínio cognitivo). Poderá ainda intervir no âmbito



educativo quer ao nível da manutenção das competências já adquiridas, quer ao nível da aquisição de novas competências, tendo em atenção o desenvolvimento do espírito crítico, combatendo o habitual desapego à realidade e promovendo uma constante atualização com o que se passa no mundo, ou seja, intervindo na educação e desenvolvimento psicológico do idoso.

Por outro lado, o psicólogo poderá, igualmente, intervir ao nível da promoção das relações sociais, uma vez que o suporte social está diretamente relacionado com a manutenção e a promoção da saúde física e mental, diminuindo o stress e os sintomas depressivos e promovendo a autoestima, devendo assim estreitar as suas relações com a comunidade (Paúl, 2005; Ramos, 2002; Vaz Serra, 2007). De facto, no presente estudo, verificou-se que a satisfação com o suporte social se relaciona com maior satisfação com a vida e com mais afetos positivos, sublinhando assim a importância do suporte social na terceira idade. O psicólogo educacional pode, também, auxiliar o idoso a desenvolver uma visão mais positiva e natural do envelhecimento, ao invés de uma visão negativa e estereotipada mais comum. Aliás, saliente-se que os idosos auscultados no presente estudo apresentam valores elevados de solidão/insatisfação e de agitação, sendo que o psicólogo poderá vir a desenvolver intervenções que contribuam para a diminuição destes índices, melhorando a sua qualidade de vida.

É ainda de sublinhar que, na sua intervenção, o Psicólogo Educacional não se deve limitar ao trabalho direto com os idosos, devendo, fundamentalmente, intervir a outros níveis, nomeadamente informando e formando a comunidade em geral e, de um modo mais particular, profissionais e familiares (i.e., cuidadores formais e informais).

É nosso entender que o presente estudo poderá servir como um alerta para as instituições que cuidam dos idosos, pois se o processo de institucionalização não tiver em atenção a qualidade de vida do idoso, bem como o seu bem-estar holístico, poderá constituir-se como um fator de risco. Com efeito, ao refletir sobre os resultados desta investigação e ao analisar a realidade de muitos Centros de Dia e Lares, constata-se que, muitas vezes, a prioridade das instituições, de uma forma geral é, fundamentalmente, a satisfação das necessidades básicas (e.g., alimentação, higiene), acabando por descuidar muitos outros aspetos (e.g., educação, animação, ocupação de tempos livres), que se constituem, igualmente, imprescindíveis.

Por outras palavras, pensa-se que as instituições não devam apenas organizar-se para garantir uma boa “sobrevivência” mas, antes de tudo, devem preocupar-se com a qualidade de vida dos idosos, até porque ainda é necessário muito trabalho no sentido da desmistificação

dos estereótipos negativos frequentemente associados à terceira idade. O Psicólogo Educacional poderá investir na formação dos técnicos que trabalham nas instituições, uma vez que, de acordo com os resultados obtidos, os idosos institucionalizados tendem a apresentar menos satisfação com a vida, atitudes mais negativas face ao envelhecimento e mais afetos negativos. Através de uma intervenção psicológica educacional e de um trabalho em colaboração com os técnicos, alguns destes índices podem ser trabalhados. Esta sensibilização e formação é cada vez mais importante no sentido de uma tomada de consciência da comunidade de que a institucionalização das pessoas idosas é uma resposta, atualmente, muito procurada e que os idosos têm direito à mesma qualidade de vida, satisfação, bem-estar e suporte, do que os idosos que não estão institucionalizados.

É igualmente necessário um trabalho com os cuidadores informais (i.e., os familiares do idoso), no sentido da sensibilização acerca da importância que o seu papel continua a exercer na vida dos seus idosos, ainda que estejam institucionalizados. Por outro lado, haverá também que lhes proporcionar conhecimentos teórico-práticos sobre as alterações subjacentes ao processo de envelhecimento, tendo em conta as necessidades, quer de quem cuida, quer de quem é cuidado.

Por conseguinte, a presente investigação, ao equacionar as variáveis resiliência, bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e suporte social, permite constatar a importância de alguns dos fatores que podem promover o desenvolvimento do envelhecimento bem-sucedido e, deste modo, possibilitar o desenvolvimento de programas de intervenção a serem realizados pelo Psicólogo Educacional. Saliente-se a importância do desenvolvimento de *Programas de Estimulação Cognitiva* para permitirem tanto a prevenção do declínio cognitivo, como a manutenção e/ou melhoria das capacidades cognitivas. Os resultados da implementação deste tipo de programas verificam, de facto, uma melhoria nas capacidades de memória, satisfação com a vida (Gonçalves, 2006), abstração, rapidez psicomotora, organização perceptiva (Rodrigues, 2006), autoestima, qualidade de vida (Pires, 2008), entre outros.

Em relação às limitações do presente estudo, é de referir o facto da amostra ser de reduzida dimensão, o que impossibilita uma generalização dos resultados. Assinale-se que uma das principais dificuldades encontradas residiu na recolha da amostra, relacionada com os critérios de inclusão e exclusão. Por um lado, no que se refere aos idosos institucionalizados, a exclusão de idosos que apresentassem défice cognitivo dificultou a inclusão de mais idosos, por se verificar um grande número de idosos com défice cognitivo; por outro lado, no que se refere aos idosos não institucionalizados, foi uma dificuldade seleccionar indivíduos acima dos 65 anos, pois estes foram recolhidos em universidades

séniore, em que a idade de entrada se inicia por volta dos 50 anos, não existindo, nestes contextos, muitos idosos com idades superiores a 65 anos.

Uma outra importante limitação a apontar diz respeito ao número de instrumentos aplicados e, conseqüentemente, ao tempo de aplicação (cerca de 30 minutos). Contudo, é de referir que, na recolha dos dados referentes à institucionalização (quer em Centro de Dia, quer em Lar), verificou-se adesão, abertura e entusiasmo para colaborar por parte dos idosos, que não revelaram fadiga ou aborrecimento pelo tempo dispensado. Saliente-se que efetivamente os idosos da amostra revelaram satisfação e grande vontade em falar e relatar os episódios da sua vida, constituindo-se estes momentos como algo gratificante para estes por terem mais uma pessoa a interagir. Todavia, na recolha dos dados não institucionalizados (i.e., Universidades Sêniore), os idosos não demonstraram a mesma disponibilidade em colaborar, e nomearam, de facto, a extensão do questionário como uma limitação.

Ao nível de sugestões para futuras investigações, pensa-se que será importante utilizar estratégias diferenciadas no que respeita à metodologia utilizada para a recolha de dados, privilegiando, por exemplo, entrevistas semiestruturadas que permitirão um aprofundar de algumas áreas específicas. Neste sentido, poder-se-á ainda modificar a estratégia utilizada para a recolha juntos destes idosos não institucionalizados, uma vez que o facto dos idosos frequentarem Universidades Sêniore poderá implicar, por si só, valores mais positivos nas variáveis em estudo. Além disto, a população idosa que frequenta Universidades Sêniore não é, de todo, representativa da população idosa não institucionalizada, pelo que, em investigações futuras, se sugere adicionar um terceiro grupo de idosos, não institucionalizados, que não estejam vinculados a nenhum tipo de associação ou apoio.

Seria também interessante a realização de uma investigação de carácter longitudinal, no sentido em que se poderia implementar um programa de intervenção, sendo a avaliação em dois momentos distintos, nomeadamente, uma avaliação pré intervenção e pós intervenção. Este programa de intervenção psicológica educacional deveria ser delineado tendo em consideração três níveis, o próprio idoso, os familiares, e os técnicos das instituições, com o objetivo de analisar os resultados da intervenção.

Ainda como pistas para futuras investigações, deixam-se várias questões em aberto decorrentes das variáveis em estudo na área do envelhecimento. De facto, a opção efetuada no âmbito desta investigação pelas variáveis estudadas não pode ser entendida como representativa do universo de variáveis que influenciam o processo de envelhecimento, e nesse sentido, será pertinente um futuro investimento noutras variáveis que se relacionam com a velhice.

Na finalização deste projeto, é nossa expectativa que o presente estudo na área da Psicologia da Educação possa abrir as portas para novas investigações e para intervenções na educação e no desenvolvimento ótimo do idoso. A Psicologia da Educação detém um papel fundamental na área do envelhecimento, nomeadamente, no aceitar das transformações advindas das naturais perdas e declínios do envelhecimento e na ajuda aos idosos para que estes as possam ultrapassar de forma positiva e com resiliência, mantendo o equilíbrio socio-emocional, apesar das diversas adversidades com que se deparam no seu dia-a-dia.

O importante não é acrescentar anos à nossa vida, mas sim vida aos nossos anos (Fleck et al., 1999)!

---

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## Referências Bibliográficas

### A

- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª Edição). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Almeida, M., & Ribeiro, J. P. (2011). Empowerment em adultos da comunidade: estudo preliminar de adaptação de uma escala para a população portuguesa. In Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida (Eds.), *Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir* (pp. 76-80). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Argyle, M. (2003). Causes and correlates of happiness. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 353-373). New York: Russell Sage Foundation Retirado de <http://books.google.pt/>

Atchley, R. (1989). A Continuity Theory of Normal Aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183-190.

### B

- Balbé, G. (2011). *Fatores associados à resiliência entre idosas praticantes e não praticantes de exercício físico*. (Dissertação de Mestrado para a obtenção do título de Mestre em Ciências do Movimento Humano). Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde e do Esporte.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1993). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Canadá: Cambridge University Retirado de <http://books.google.pt/>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Worth Publishers.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Berryman, J., Hargreaves, D., Herbert, M., & Taylor, A. (2002). *A Psicologia do Desenvolvimento Humano*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Birren, J., & Schaie, W. (2006). *Handbook of the Psychology of Aging* (6ª edição). London: Elsevier Academic Press.
- Boker, S. (2013). Selection, optimization, compensation, and equilibrium dynamics. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 26(1), 61-73.
- Brandtstädter, J. (2009). Goal pursuit and goal adjustment: Self-regulation and intentional self-development in changing developmental contexts. *Advances in Life Course Research*, 14, 52-62.
- Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (2002). The Life-Course Dynamics of Goal Pursuit and Goal Adjustment: A Two-Process Framework. *Developmental Review*, 22, 117-150.

Bruyneel, S., Alfons, M., & Bart, S. (2005). Gerotranscendence: components and spiritual roots in the second half of life. *K.U.Leuven - Departement toegepaste economische wetenschappen*, 1-27.

## C

Campo-Arias, A., & Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de salud pública*, 10(5), 831-839.

Caprara, G., Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 10(4), 275-286.

Carvalho, M., & Dias, M. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.

Castro, S. (2010). *Processo de Institucionalização da Pessoa Idosa: Um olhar comparativo entre uma Instituição pública e privada*. (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Sociologia). Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Letras.

Center for Lifespan Psychology. (s.d.). The Center for Lifespan Psychology, Max Planck Institute for Human Development. Retirado de <http://www.mpib-berlin.mpg.de/en/research/lifespan-psychology>

Correia, C. (2009). *O Apoio Social e a Qualidade de Vida dos Idosos do concelho de Faro*. (Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialização em Psicologia da Saúde). Faro: Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Couto, M. (2005). *Fatores de Risco e de Proteção na Promoção de Resiliência no Envelhecimento*. (Projeto de Dissertação apresentado como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande Do Sul.

Cowan, P., Cowan, C., & Schulz, M. (1996). Thinking About Risk and Resilience in Families. In E. Hetherington & E. Blechman (Eds.), *Stress And Coping in Children and Families: Advances in Family Research*, 5 (13-33). Nova Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental Health and Desired Social Support: A Four-Wave Panel Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(6), 761-775.

Custódio, C. (2008). *Representações e Vivências da Sexualidade no Idoso Institucionalizado*. (Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde). Lisboa: Universidade Aberta.

## D

Damásio, A. (2001). Fundamental feelings. *Nature* 413, 781

Deponti, R., & Acosta, M. (2010). Compreensão dos idosos sobre os fatores que influenciam no envelhecimento saudável. *Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento*, 15(1), 33-52.

- Diener, E., & Diener, C. (1996). Most People are happy. *Psychological Science*, 7(3), 181-185.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychological*, 68, 653-663.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Duarte, M., & Paúl, C. (2007). Avaliação do ambiente institucional-público e privado: estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Universidade Sênior Contemporânea*, 1(1), 17-29.
- Duca, G., Silva, S., Thumé, E., Santos, I., & Hallal, P. (2012). Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Revista Saúde Pública*, 46(1), 147-53.
- Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J., & Avlund, K. (1999). Social relations: network, support and relational strain. *Social Science & Medicine*, 48, 661-673.
- Dunst, C., Trivette, C., & Thompson, R. (1991). Supporting and Strengthening Family Functioning: Toward a Congruence Between Principles and Practice. *Prevention in Human Services*, 9(1), 19-43.
- E
- Edwards, E., Hall, J., & Zautra, A. (2012). Resilience in Aging. *Elder Care: A Resource for Interprofessional Providers*. University of Arizona College of Medicine.
- F
- Farinatti, P. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 8(4), 129-138.
- Fernandes, J. (2000). *Qualidade de Vida e Auto-Eficácia em Idosos Institucionalizados*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferreira, A. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*. (Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia). Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Ferreira, C., Santos, L., & Maia, E. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 328-334.



- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28.
- Floro, C. (2007). *A Qualidade de Vida em Doentes com Coxartrose e Artroplastia Total da Anca: Suporte Social e Estratégias de Coping*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia da Saúde). Faro: Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento – Uma abordagem psicológica* (2ª edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontinha, M. (2010). *Perspetivas de Morte: Relação com o Suporte Social e a Solidão em Idosos*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia). Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Psicologia.
- Fortes, T., Portuguese, M., & Argimon, I. (2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia*, 26(4), 455-463.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fredrickson, B. (2003). The Value of Positive Emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Freitas, P. (2011). *Solidão em Idosos: Percepção em Função da Rede Social*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada). Braga: Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, Faculdade de Ciências Sociais.
- Freund, A., & Baltes, P. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13(4), 531-543.
- Freund, A., & Baltes, P. (2009). Hacia una teoría del envejecimiento con éxito. Selección, optimización y compensación. In Fernández-Ballesteros (Eds.), *PsicoGerontología – Perspectivas europeas para un mundo que envejece* (pp. 311-329). Madrid: Ediciones Pirámide.
- G
- Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjectivo: Factores Cognitivos, Afectivos e Contextuais*. Quarteto: Coimbra.

- Galinha, I., & Ribeiro, J. P. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 2(XXIII), 209-218.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. P. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2(XXIII), 219-227.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. P. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Garcia, R., Cassinello, M., Bravo, M., Martínez, M., Nicolás, J., López, P., & Moral, R. (2011). Successful Ageing: Criteria and Predictors. *Psychology in Spain*, 15(1), 94-101.
- Garnezy, N., Masten, A., & Tellegen, A. (1984). The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Gonçalves, D. (2006). *Estimulação e Promoção de Memórias Autobiográficas Específicas como Metodologia de Diminuição de Sintomatologia Depressiva em Pessoas Idosas*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia, Área de Especialização em Psicologia Clínica). Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Gooding, P., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 262–270.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courier*, 6, 455.
- Griffin, P., Mroczek, D., & Spiro, A. (2006). Variability in affective change among aging men: Longitudinal findings from the VA Normative Aging Study. *Journal of Research in Personality*, 40, 942-965.
- Grotberg, E. (1995). A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. *Early Childhood Development: Practice and Reflections*, 8. Holanda: The Bernard van Leer Foundation.
- Grotberg, E. (2001). Resilience programs for children in disaster. *Ambulatory Child Health*, 7, 75–83.
- H
- Harris, P. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: The undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *International Journal of Aging and Human Development*, 67(1), 43-61.
- Hengudomsub, P. (2007). Resilience in Later Life. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 2(1), 115-123.

## I

Imaginário, C. (2008). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar* (2ª edição). Coimbra: Formasau.

Instituto Nacional de Estatística – INE. (2013). Retirado de <http://www.ine.pt>

## J

Jönson, H., & Magnusson, J. (2001). A new age of old age? Gerotranscendence and the re-enchantment of aging. *Journal of Aging Studies*, 15, 317–331.

## K

Kahana, E., Kahana, B., & Kercher, K. (2003). Emerging Lifestyles and Proactive Options for Successful Ageing. *Ageing International, Spring*, 28(2), 155-180.

Kanning, M., & Schlicht, W. (2008). A bio-psycho-social model of successful aging as shown through the variable “physical activity”. *European Review of Aging and Physical Activity*, 5, 79–87.

Knight, T., & Ricciardelli, L. (2004). Factors associated with successful ageing, *Contributing to an ageing agenda: abstracts and proceedings: the 3rd National Conference for Emerging Researchers in Ageing, Brisbane Convention and Exhibition Centre, University of Queensland, Australasian Centre on Ageing, Brisbane*, 123-129.

Krause, N. (2006). Social Relationships in Later Life. In R. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (6ª Edição) (pp. 181-200). San Diego: Academic Press.

## L

Laranjeira, C. (2007). Do Vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 327-332.

Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision. *The Journal of Gerontology*, 30(1), 85-89.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stresse, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc. Retirado de <http://books.google.pt/>

Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Luthar, S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 4, 857–885.

Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543–562.

Luthar, S., Sawyer, J., & Brown, P. (2006). Conceptual Issues in Studies of Resilience: Past, Present, and Future Research. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 105–115.

## M

- Machado, R. (2008). *Bem-Estar Psicológico e Sentido de Coerência Interno na Velhice em Portugal*. (Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia). Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Magalhães, C., Fernandes, A., Antão, C., Anes, E. (2010). Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Universidade Sénior Contemporânea, III(2)*, 7-16.
- Magarreiro, A. (2008). *O Bem-Estar Subjetivo em Idosas Institucionalizadas: Influência da Autonomia Funcional e do Meio Ecológico*. (Dissertação em Mestrado Integrado em Psicologia). Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Mangas, A. (2009). *Viver aos Bocadinhos – O Papel do Cuidador Informal do Idoso em Contexto Domiciliário*. (Dissertação de Mestrado em Trabalho Social). Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Marinho, S. (2010). *O Suporte Social e a Depressão no Idoso*. (Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde). Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Martins, M. H. V. (2005). *Contribuições para a análise de crianças e jovens em risco/resiliência e desenvolvimento*. Faro: Universidade do Algarve. (Tese de doutoramento não publicada).
- Martins, M. H. V. (2011). *Adaptação e validação do Inventário Measuring State and Child Resilience*, Atas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação / Evaluación Psicológica, XV Conferência de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, realizada de 25 a 27 de Julho de 2011, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Martins, R. (2005). A Relevância do Apoio Social na Velhice. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 128-134.
- Martins, R., & Rodrigues, M. (2004). Estereótipos sobre Idosos: Uma Representação Social Gerontofóbica. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 29, 249-254.
- Martz, E., & Livneh, H. (2007). *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects*. New York: Springer Science Business. Retirado de <http://books.google.pt/>
- Masten, A. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychological Association*, 56(3), 227-238.
- Masten, A., & Garmezy, N. (1985). Risk, Vulnerability, and Protective Factors in Developmental Psychopathology. *Advances in Clinical Child Psychology*, 8, 1-52.
- Monteiro, C. (2012). *Idosos Residentes em Meio Rural: Satisfação com o Suporte Social*. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social). Viseu: Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras, Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais.

## N

Neri, A. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.

Netto, M. (2000). *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu

Noronha, M., Cardoso, P., Moraes, T., & Centa, M. (2009). Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 497-506.

## O

Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (4ª edição). Porto: Livpsic, Legis Editora.

Organização Mundial da Saúde - World Health Organization. (1999). *A life course perspective of maintaining independence in older age*. Geneva: WHO's Ageing and Health.

Organização Mundial de Saúde -World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. A Contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain.

Ouwehand, C., Ridder, D., & Bensing, J. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27, 873–884.

## P

Paiva, J. (2008). *Qualidade de Vida dos seniores: Estudo comparativo entre as três freguesias do concelho de Portimão*. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social). Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos.

Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and Positive* (2ª edição). New York: Springer Publishing Company, Inc. Retirado de <http://books.google.pt/>

Paúl, C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*, 8, 61-80.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia: Faculdade de Letras, Universidade do Porto*, 15, 275-287.

Paúl, C. (2006). Do Corpo à Mente: Envelhecimento e Qualidade de Vida. *Alimentação Humana*, 12(1), 13-17.

Paúl, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2), 221-232.

- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal – Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paz, A., Santos, B., & Eidt, O. (2006). Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(3), 338-342.
- Perkins, D., & Zimmerman, M. (1995). Empowerment: Theory, Research, and Application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 569-579.
- Pimentel, A., Afonso, R., & Pereira, H. (2012). Depression And Social Support In Old Age. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 311- 327.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajetórias* (2ª edição). Coimbra: Quarteto.
- Pinheiro, M., & Ferreira, J. (2002). O Questionário de Suporte Social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica*, 30, 315-333.
- Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies*, 2, 375-405.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224.
- Pires, A. (2008). *Efeitos dos Videojogos nas Funções Cognitivas da Pessoa Idosa*. (Dissertação de Mestrado). Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina.
- Polk, L. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *Advances in nursing science*, 19(3), 1-13.
- R
- Ramos, M. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias, Porto Alegre*, 4(7), 156-175
- Ramos, M. (2007). Os Sintomas Depressivos e as Relações Sociais na Terceira Idade. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, 19(2), 397-410.
- Reed, J., Cook, G., Sullivan, A., & Buridge, C. (2003). Making a move: care-home residents, experiences of relocation. *Ageing and Society*, 23, 225-241.
- Resende, M., Ferreira, A., Naves, G., Arantes, F., Roldão, D., Sousa, K., & Abreu, S. (2010). Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(3), 591-608.
- Ribeiro, A. (2009). *Influência do coping e dos estilos de vida no BES e na saúde dos idosos*. (Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialização em

- Psicologia da Saúde). Faro: Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Ribeiro, J. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(XVII), 547-558.
- Ribeiro, J. P., & Morais, R. (2010). Adaptação Portuguesa da Escala Breve de Coping Resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 5-13.
- Ribeiro, J. P., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, (1), 3-15.
- Rodrigues, M. (2006). Efeitos de uma Intervenção Psico-Educativa nas Competências Cognitivas e Satisfação de Vida em Idosos. *Cadernos de Estudo*, 3, 77-84.
- Rodrigues, N., & Neri, A. (2012). Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2129-2139.
- Rodriguez, M., & Cohen, S. (1998). Social Support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544.
- Roncon, J., & Menezes, I. (1993). Consulta Psicológica Comunitária e Terceira Idade. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 9, 29-36.
- Rosa, L. (2007). *Estudo dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos da comunidade de Barra Funda – Rs, Brasil*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia. (Tese de Doutorado para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica).
- Rosa, T., Benício, M., Alves, M., & Lebrão, M. (2007). Aspetos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(12), 2982-2992.
- Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging*, 18, 896-905.
- Rouse, K. (2001). Resilient students' goals and motivation. *Journal of Adolescence*, 24, 461-472.
- Rowe, J., & Kahn, R. (2006). Successful Aging. In H. Moody (Eds.), *Aging: Concepts and Controversies* (5ª Edição) (pp. 124-125). Londres: Pine Forge Press.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some Conceptual Considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.

Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.

Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.

Ryff, C., Singer, B., Love, G., & Essex, M. (1998). Resilience in Adulthood and Later Life. In J. Lomranz (Eds.), *Handbook of Aging and Mental Health: An Integrative Approach*. (pp.69-96). New York: Plenum Press.

## S

Schilling, O. (2006). Development of life satisfaction in old age: another view on the “paradox”. *Social Indicators Research*, 75, 241-271.

Schroots, J., & Birren, J. (1990). Concepts of Time and Aging in Science. In I. Birren, J. Schaie & K. Warner (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp.45-64). London: Academic Press. Retirado de <http://books.google.pt/>

Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M., Dias, M., & Custódio, S. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões*. Instituto Politécnico de Leiria.

Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3(XX), 505-516.

Silva, A., & Alves, V. (2007). Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade. *Diálogos Possíveis*, 14, 189-209.

Silva, J. (2010). *Funcionalidade e Bem-Estar Psicológico em Idosos Residentes na Comunidade: Um Estudo Exploratório*. (Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia). Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.

Silva, S. (2009). *Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico em Idosos*. (Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde). Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humana e Sociais.

Simões, A. (1990). Alguns Mitos Respeitantes ao Idoso. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIV, 109-121.

Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI(3), 503-515.

Simões, A. (2005). Envelhecer bem? – Um modelo. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39(1), 217-227.

Simões, A. (2006). *A Nova Velhice: um novo público a educar*. Porto: Ambar.

Siqueira, M. (2008). Construção e Validação da Escala de Perceção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.



Sirgy, M. J. (2002). *The Psychology of Quality of Life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. Retirado de <http://books.google.pt/>

## T

Tavares, S., & Claudino, A. (2010). *Apoio Social Percebido e Estado Emocional: Que Relação entre as Perceções de Envelhecimento e o Bem-Estar Psicológico em Adultos Ativos?*. Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, realizado de 4 a 6 de Fevereiro de 2010, na Universidade do Minho, 427-438.

Tomás, J., Sancho, P., Melendez, J., & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, 16(3), 317–326.

Tornstam, L. (2003) Gerotranscendence from young old age to old old age. *The Social Gerontology Group, Department of Sociology Uppsala University*.

Tortosa, J., & Motte, C. (2008). Psicología del envejecimiento e intervención psicosocial. In J. Tortosa (Eds.), *Psicología del Envejecimiento* (pp. 19-28). Madrid: Ediciones Pirámide.

## U

Ungar, M. (2004). A Constructionist Discourse On Resilience: Multiple Contexts, Multiple Realities Among At-Risk Children and Youth. *Youth & Society*, 35(3), 341-365.

## V

Valada, M. (2011). *A Arte da Vida: Caminhar pelo Envelhecimento com Resiliência e com Qualidade de Vida*. (Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias). Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Psicologia.

Vallejo, P. (2007). *Estadística aplicada a las Ciencias Sociales: La fiabilidad de los tests y escalas*. Universidad Pontificia Comillas, Madrid.

Vaz Serra, A. (2007). *O Stresse na vida de todos os dias* (3ª edição). Coimbra: Adriano Vaz Serra.

Vergeiro, M., & Lima, M. (2010). *O Ageism e os Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa*. Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho, 494-509.

Viana, M. (2010). *Empowerment, qualidade de serviço e satisfação na consulta de diabetes*. (Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Gestão). Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial.

## W

Wadensten, B. (2007). The theory of gerotranscendence as applied to gerontological nursing – Part I. *International Journal of Older People Nursing* 2, 289-294.

Wagnild, G., & Collins, J. (2009). Assessing Resilience. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47(12), 28-33.

Wells, M. (2010). Resilience in Older Adults Living in Rural, Suburban, and Urban Areas. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(2), 45-54.

Werner, E. (1996). Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 47-51.

Werner, E. (2012). Risk, Resilience, and Recovery. *Reclaiming Children & Youth Journal*, 21(1), 18-22.

Wiles, J., Wild, K., Kerse, N., & Allen, R. (2012). Resilience from the point of view of older people: 'There's still life beyond a funny knee'. *Social Science & Medicine*, 74, 416-424.

## Z

Zimmerman, M., & Arunkumar, R. (1994). Resiliency Research: Implications for Schools and Policy. *Social Policy Report - Society for Research in Child Development*, VIII(4), 1-18.

---

## APÊNDICES

## **APÊNDICE 1**

---

### **Princípios da Teoria do Desenvolvimento e do Envelhecimento de Baltes**

## **Princípios da Teoria do Desenvolvimento e do Envelhecimento de Baltes (1987)**

- a) “O desenvolvimento processa-se ao longo de todo o curso de vida (todos os períodos são importantes), ocorrendo em todas as fases processos cumulativos (continuidade) e inovadores (descontinuidade)”;
- b) “O desenvolvimento (que pode assumir crescimento e declínio em todas as fases), não é um processo unívoco e unidirecional, mas multidimensional e multidirecional, assumindo diferentes formas e direções conforme as diversas pessoas e circunstâncias”;
- c) “O desenvolvimento processa-se através de equilíbrios constantes entre ganhos e perdas, prevalecendo aqueles na idade juvenil e as perdas na última idade”;
- d) “Há plasticidade no desenvolvimento dependente de diversas condições culturais, sendo afetado por condições e pelo ritmo das mudanças”;
- e) “O desenvolvimento depende de diversos contextos, designadamente da idade, do contexto histórico (fatores ambientais) e eventos não normativos, mais ou menos inesperados e que podem provocar crises”;
- f) “Sendo complexo o desenvolvimento, deve ter-se em conta outras disciplinas (dimensão multidisciplinar) como a biologia, a sociologia, a antropologia, na compreensão do envelhecer”

(Oliveira, 2010, p. 31, 32)

## **APÊNDICE 2**

---

### **Profissões segundo a Classificação Social de Graffar**

## **Profissões segundo a Classificação Social de Graffar**

1 ° Grau - Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, grandes empresários, gestores de topo do sector público e privado, professores universitários, militares de alta patente, altos dirigentes públicos, profissionais com títulos universitários.

2° Grau - Médios empresários, chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretores de bancos, peritos e técnicos, oficiais das forças armadas, professores do ensino básico e secundário.

3° Grau - Pequenos empresários, quadros médios, adjuntos técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, sargentos, capatazes e mestres de obras.

4° Grau - Pequenos agricultores, técnicos administrativos; operários semi-qualificados; funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas ainda não referidos, motoristas, polícias, cozinheiros, dactilógrafas.

5° Grau - Assalariados agrícolas, jornaleiros, porteiros, contínuos, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, trabalhadores indiferenciados e outras profissões ainda não referidas.

(Graffar, 1956)

## **APÊNDICE 3**

---

### **Questionário sociodemográfico**



# Questionário Sociodemográfico

## Instruções:

Responda às questões que se apresentam seguidamente. Coloque um X sobre a opção que melhor se adequa.

**Obrigada pela sua colaboração!**

---

## A – DADOS PESSOAIS

1. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

2. **Género:** ☐ Feminino ☐ Masculino

3. **Estado Civil:**

☐ Solteiro ☐ Casado/União de Facto ☐ Divorciado/Separado ☐ Viúvo

4. **Nº de filhos:** \_\_\_\_\_

Idades	Observações pertinentes sobre os filhos:

5. **Grau de escolaridade:**

- ☐ Não sabe ler nem escrever
- ☐ Sabe ler e escrever mas não concluiu a escolaridade
- ☐ 4º ano de escolaridade / ensino primário / 4ª classe
- ☐ 6.º ano de escolaridade / ciclo preparatório
- ☐ 9º ano de escolaridade / unificado / antigo 5º ano
- ☐ 12º ano de escolaridade / secundário / antigo 7º ano
- ☐ Superior

**6. Situação profissional:**

☐ Ativo - profissão \_\_\_\_\_

☐ Reformado – há quantos anos? \_\_\_\_\_

Qual a profissão que exercia? \_\_\_\_\_

**7. É um idoso em situação de institucionalização?** (ou seja, vive num lar ou frequenta um centro de dia)

☐ Sim (responda à pergunta 7.1.)

☐ Não (responda à pergunta 7.2.)

**7.1. Qual o regime de institucionalização?**

☐ Lar      ☐ Centro de Dia

**7.1.1. Há quanto tempo?** \_\_\_\_\_

**7.1.2. Se não vive num lar, com quem vive?**

☐ Esposo/a    ☐ Filhos    ☐ Netos    ☐ Sozinho    ☐ Outros

**7.2. Com quem vive?**

☐ Esposo/a    ☐ Filhos    ☐ Netos    ☐ Sozinho    ☐ Outros

**8. Como avalia a sua situação económica:**

☐ Muito satisfatório (Não tenho dificuldades económicas)

☐ Satisfatório

☐ Nem satisfatório, nem insatisfatório (Consigo satisfazer as necessidades básicas, mas não me sobra dinheiro para outras despesas extra, como passeios/viagens)

☐ Insatisfatório

☐ Muito insatisfatório (Não consigo satisfazer as minhas necessidades básicas - alimentação, saúde, vestuário)

**9. Avaliação da Saúde:**

☐ Bom      ☐ Médio    ☐ Mau

**10. Doenças Atuais:**

---

---

**11. Crença Religiosa:**

☐ Sim – Qual ? \_\_\_\_\_

☐ Não

**12. Atividades de lazer:** Assinale com uma cruz.

**Frequência:** ① nunca,  
② raramente,  
③ mensalmente,  
④ semanalmente,  
⑤ diariamente

Tipo de atividade		Frequência	Modo	
			Sozinho	Acompanhado
Atividade física (ginástica, caminhadas, etc.)		① ② ③ ④ ⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leitura	Livros	① ② ③ ④ ⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jornais, revistas	① ② ③ ④ ⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jogos		① ② ③ ④ ⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisão		① ② ③ ④ ⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rádio		① ② ③ ④ ⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costura, bordados...		① ② ③ ④ ⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computador		① ② ③ ④ ⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viagens e passeios		① ② ③ ④ ⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espetáculos, cinema, exposições, museus...		① ② ③ ④ ⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jardinagem		① ② ③ ④ ⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros (qual? _____)		① ② ③ ④ ⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B – REDE DE APOIO AFETIVO – Família e amigos**

**1. Está satisfeito com o contacto com a sua família mais próxima (filhos, netos)?**

☐ Sim    ☐ Não

**1.1. Qual a frequência com que está com eles?**

- ☐ Muita frequência (todos os dias)
- ☐ Mais ou menos (2 ou 3 vezes por semana)
- ☐ Pouca frequência

**2. Considera que tem:**

- ☐ Muitos amigos
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Poucos amigos

**3. Considera que está em contacto com os seus amigos com:**

- ☐ Muita frequência (todos os dias)
- ☐ Mais ou menos (2 ou 3 vezes por semana)
- ☐ Pouca frequência

**Obrigada pela sua colaboração!**

## **APÊNDICE 4**

---

### **Dimensões, objetivos e tipos de questões do questionário sociodemográfico**

## Dimensões, objetivos e tipos de questões do questionário sociodemográfico

<b>Dimensões</b>	<b>Objetivo: Conhecer...</b>	<b>Tipo de questões</b>
Idade	...a idade	Aberta
Género	... o género	Fechada
Estado Civil	... o estado civil	Fechada
Nº de filhos	... o número de filhos e suas idades	Aberta
Grau de Escolaridade	... o grau de escolaridade	Fechada
Situação Profissional	... se é reformado, e há quanto tempo	Fechada
Institucionalização	... se é um idoso em situação de institucionalização, qual o regime, há quanto tempo e com quem vive	Fechada
Situação Económica	... a perceção acerca da situação económica	Fechada
Saúde	... a perceção do estado de saúde	Fechada
Doenças	... quais as doenças atuais	Aberta
Crença Religiosa	... a crença religiosa	Fechada e Aberta
Atividades de lazer	... a frequência e o modo (sozinho ou acompanhado) de diversas atividades de lazer	Fechada
Satisfação do contacto com familiares	... se está satisfeito com o contacto com a família mais próxima	Fechada
Frequência do contacto com familiares	... a frequência com que está com a família mais próxima	Fechada
Quantidade de amigos	... a perceção acerca da quantidade de amigos	Fechada
Frequência do contacto com amigos	... a frequência com que está com os amigos	Fechada

## **APÊNDICE 5**

---

### **Pedido para utilização das escalas aos autores**

Ex.<sup>ma</sup>. Senhora Doutora Iolanda Costa Galinha

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Doutor José Luís Pais Ribeiro

O meu nome é Sílvia Henriqueto e sou aluna do Mestrado de Psicologia da Educação, na Universidade do Algarve. Encontro-me a realizar a minha Dissertação de Mestrado sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins.

A minha Dissertação intitula-se “A Resiliência, o Suporte Social e o Bem-estar na Adaptação ao Envelhecimento”, e apresenta como população alvo idosos institucionalizados e não-institucionalizados.

Por conseguinte, venho por este meio solicitar a vossa permissão para a utilização da versão traduzida e aferida para a população portuguesa da **Escala de Afetividade Positiva e Afetividade Negativa (PANAS)** no âmbito da minha Dissertação.

Agradeço, desde já, a vossa atenção, e estou disponível para qualquer esclarecimento que achar conveniente.

Cumprimentos Académicos,  
Sílvia Henriqueto



Ex.<sup>mo</sup> Senhor Doutor António Simões

O meu nome é Sílvia Henriqueto e sou aluna do Mestrado de Psicologia da Educação, na Universidade do Algarve. Encontro-me a realizar a minha Dissertação de Mestrado sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins.

A minha Dissertação intitula-se “A Resiliência, o Suporte Social e o Bem-estar na Adaptação ao Envelhecimento”, e apresenta como população alvo idosos institucionalizados e não-institucionalizados.

Por conseguinte, venho por este meio solicitar a sua permissão para a utilização da versão traduzida e aferida para a população portuguesa da **Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)** no âmbito da minha Dissertação.

Agradeço, desde já, a sua atenção, e estou disponível para qualquer esclarecimento que achar conveniente.

Cumprimentos Académicos,  
Sílvia Henriqueto

Ex.<sup>ma</sup>. Senhora Doutora Maria Constança Paúl

O meu nome é Sílvia Henriqueto e sou aluna do Mestrado de Psicologia da Educação, na Universidade do Algarve. Encontro-me a realizar a minha Dissertação de Mestrado sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins.

A minha Dissertação intitula-se “A Resiliência, o Suporte Social e o Bem-estar na Adaptação ao Envelhecimento”, e apresenta como população alvo idosos institucionalizados e não-institucionalizados.

Por conseguinte, venho por este meio solicitar a sua permissão para a utilização da versão traduzida e aferida para a população portuguesa da **Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia de Lawton – PGCMS** no âmbito da minha Dissertação.

Agradeço, desde já, a sua atenção, e estou disponível para qualquer esclarecimento que achar conveniente.

Cumprimentos Académicos,  
Sílvia Henriqueto

Ex.<sup>ma</sup> Senhora Doutora Maria do Rosário Carvalho Nunes Manteigas e Moura Pinheiro

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Doutor Joaquim Armando Gomes Alves Ferreira

O meu nome é Sílvia Henriqueto e sou aluna do Mestrado de Psicologia da Educação, na Universidade do Algarve. Encontro-me a realizar a minha Dissertação de Mestrado sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins.

A minha Dissertação intitula-se “A Resiliência, o Suporte Social e o Bem-estar na Adaptação ao Envelhecimento”, e apresenta como população alvo idosos institucionalizados e não-institucionalizados.

Por conseguinte, venho por este meio solicitar a vossa permissão para a utilização da versão traduzida e aferida para a população portuguesa da **SSQ6 (Social Support Questionnaire - O Questionário de Suporte Social)** no âmbito da minha Dissertação.

Agradeço, desde já, a vossa atenção, e estou disponível para qualquer esclarecimento que achar conveniente.

Cumprimentos Académicos,  
Sílvia Henriqueto

## **APÊNDICE 6**

---

### **Pedido de Autorização para recolha de dados**

## Pedido de Autorização para recolha de dados na instituição

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, na Universidade do Algarve, a aluna Sílvia Henriqueto, sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins, encontra-se a realizar a sua Dissertação de Mestrado, sobre o tema “A Resiliência, o Suporte Social e o Bem-Estar na Adaptação ao Envelhecimento”.

A problemática do envelhecimento tem vindo a ser muito debatida nos últimos anos, no entanto ainda existem áreas que merecem ser mais aprofundadas. Esta investigação pretende contribuir para um melhor conhecimento da vivência e necessidades da pessoa idosa, para otimizar uma resposta cada vez mais eficaz, pelo que a sua participação é extremamente importante para o presente estudo.

A presente investigação prevê a participação de idosos, de ambos os sexos, institucionalizados. Assim sendo, solicito autorização para realizar a investigação com os utentes da sua instituição.

Os idosos participantes irão ser informados acerca do carácter confidencial e anónimo da investigação.

Mais informo, que os resultados da presente investigação poderão ser-vos facultados, caso manifestem interesse.

Estarei disponível para esclarecer qualquer questão ou dúvida que eventualmente possa surgir.

Agradeço atenciosamente a atenção disponibilizada, na certeza de que o presente estudo poderá funcionar como uma mais-valia para as pessoas que se interessam pelo idoso na nossa sociedade.

Com os melhores cumprimentos,

---

(Sílvia Henriqueto)

Contactos: Sílvia Henriqueto, Telemóvel: 961800297

Professora Maria Helena Martins, Telefone: 289890914 Ext.: 7433

## **Pedido de Autorização para recolha de dados na Universidade Sénior**

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, na Universidade do Algarve, a aluna Sílvia Henriqueto, sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins, encontra-se a realizar a sua Dissertação de Mestrado, sobre o tema “A Resiliência, o Suporte Social e o Bem-Estar na Adaptação ao Envelhecimento”.

A problemática do envelhecimento tem vindo a ser muito debatida nos últimos anos, no entanto ainda existem áreas que merecem ser mais aprofundadas. Esta investigação pretende contribuir para um melhor conhecimento da vivência e necessidades da pessoa idosa, para otimizar uma resposta cada vez mais eficaz, pelo que a sua participação é extremamente importante para o presente estudo.

A presente investigação prevê a participação de idosos, de ambos os sexos. Assim sendo, solicito autorização para realizar a investigação com os utentes da Universidade Sénior.

Os idosos participantes irão ser informados acerca do carácter confidencial e anónimo da investigação.

Mais informo, que os resultados da presente investigação poderão ser-vos facultados, caso manifestem interesse.

Estarei disponível para esclarecer qualquer questão ou dúvida que eventualmente possa surgir.

Agradeço atenciosamente a atenção disponibilizada, na certeza de que o presente estudo poderá funcionar como uma mais-valia para as pessoas que se interessam pelo idoso na nossa sociedade.

Com os melhores cumprimentos,

---

(Sílvia Henriqueto)

**Contactos: Sílvia Henriqueto, Telemóvel: 961800297**

**Professora Maria Helena Martins, Telefone: 289890914 Ext.: 7433**

## **APÊNDICE 7**

---

### **Consentimento Informado**

## Consentimento Informado

A presente investigação é subordinada ao tema “A Resiliência, o Suporte Social e o Bem-Estar na Adaptação ao Envelhecimento”, inserida na Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, na Universidade do Algarve, da aluna Sílvia Henriqueto, sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins.

A problemática do envelhecimento tem vindo a ser muito debatida nos últimos anos, no entanto ainda existem áreas que merecem ser mais aprofundadas. Esta investigação pretende contribuir para um melhor conhecimento da vivência e necessidades da pessoa idosa, para otimizar uma resposta cada vez mais eficaz, pelo que a sua participação é extremamente importante para o presente estudo.

A participação é voluntária e as respostas são anónimas e absolutamente confidenciais, não existindo respostas certas ou erradas. Deve responder o mais sinceramente possível e, caso deseje, poderá, em qualquer momento, desistir.

É garantida a total confidencialidade dos seus dados.

---

(Sílvia Henriqueto)

Muito obrigado pela sua disponibilidade  
e importante contribuição!

✂-----

## Consentimento

Declaro ter tido conhecimento sobre a investigação em causa e consentido a utilização das respostas declaradas nos questionários para futura investigação científica, assim como do seu carácter anónimo e confidencial.

Aceito participar na presente investigação ☐



---

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

---

### **MSR (*Measuring State Resilience*)**

## Measuring State Resilience (MSR)

Chock C. Hiew, 1998

(Versão adaptada à população portuguesa por Martins, 2005)

**Instruções:** Segue-se um conjunto de afirmações usadas pelas pessoas para se descreverem a si próprias. Leia cuidadosamente cada afirmação e **faça um círculo** sobre o número que melhor indica o seu grau de concordância ou discordância face ao que é afirmado. (Todas as afirmações devem ser antecedidas pela expressão "*no momento atual*").

**Obrigada!**

**Para cada afirmação escolha uma alternativa.**

<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Exemplo de item:

<b>5. Eu acredito que tudo me irá correr bem.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
---	----------	----------	----------	----------	----------

## **ANEXO 2**

---

### **MCR (*Measuring Child Resilience*)**

## Measuring Child Resilience (MCR)

Chock C. Hiew, 1998

(Versão adaptada à população portuguesa por Martins, 2005)

**Instruções:** Segue-se um conjunto de afirmações usadas pelas pessoas para se descreverem a si próprias. Leia cuidadosamente cada afirmação e **faça um círculo** sobre o número que melhor indica o seu grau de concordância ou discordância face ao que é afirmado. (Todas as afirmações devem ser antecedidas pela expressão "*no passado quando criança*").

**Obrigada!**

**Para cada afirmação escolha uma alternativa**

Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Exemplo de item:

18. Eu era capaz de arranjar soluções para lidar com os problemas.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

## **ANEXO 3**

---

### **PANAS (Escala de Afetividade Positiva e Afetividade Negativa)**

## Escala de Afetividade Positiva e Afetividade Negativa (PANAS)

Watson, Clark & Tellegen, 1988

(Versão adaptada à população portuguesa por Galinha & Ribeiro, 2005)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada.

**Indique em que medida sentiu cada uma das emoções durante as últimas semanas.**

- 1 – Nada ou muito ligeiramente
- 2 – Um pouco
- 3 – Moderadamente
- 4 – Bastante
- 5 – Extremamente

Exemplo de um item:

	1	2	3	4	5
Entusiasmado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **ANEXO 4**

---

### **SWLS (Escala de Satisfação com a Vida)**



## Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985

(Versão adaptada à população portuguesa por Simões, 1992)

**Indique o grau em que concorda ou discorda de cada afirmação.**

Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito
1	2	3	4	5

Exemplo de um item:

3. Estou satisfeito com a minha vida.	1	2	3	4	5
---------------------------------------	---	---	---	---	---

## **ANEXO 5**

---

### **PGCMS (Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia de *Lawton*)**

## Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia de Lawton

(PGCMS) Lawton, 1975

(Versão adaptada à população portuguesa por Paúl, 1992)

Responda sincera e espontaneamente a todas as perguntas, conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser. Não há respostas boas ou más, todas são boas se são sinceras. **Responda só sim ou não, colocando um X no quadrado que melhor corresponde à sua opção.**

---

Exemplo de um item da componente Solidão/Insatisfação:

	Sim	Não
3. Tenho muitos motivos para estar triste.		

Exemplo de um item da componente Agitação:

	Sim	Não
1. As pequenas coisas incomodam-me mais este ano.		

Exemplo de um item da componente Atitudes face ao envelhecimento:

	Sim	Não
11. Conforme envelheço as coisas estão melhores do que eu pensava.		

## **ANEXO 6**

---

### **SSQ6 (Questionário de Suporte Social – versão reduzida)**

## Questionário de Suporte Social – versão reduzida (SSQ6)

Sarason, Sarason, Shearin & Pierce, 1987  
(Versão adaptada à população portuguesa por Pinheiro & Ferreira, 2002)

As questões que se seguem são acerca das pessoas que no seu meio lhe disponibilizam ajuda ou apoio. Cada questão tem duas partes.

Na primeira parte, assinale, **colocando um X no quadrado correspondente**, entre todas as pessoas que conhece, **com quem pode contar para lhe ajudar ou apoiar** nas situações que lhe são apresentadas. Caso queira indicar alguém que não se encontre mencionado, pode fazê-lo na opção “outra pessoa” (veja exemplo, por favor).

Na segunda parte, assinale, **com um X no quadrado**, a opção que melhor traduza o seu **grau de satisfação em relação à globalidade do apoio ou ajuda** que tem (veja exemplo, por favor).

Se, em relação a uma determinada questão, não tem elementos de ajuda ou apoio para referir, preencha o quadrado relativo à categoria “ninguém”, mas selecione sempre o seu nível de satisfação.

### Exemplo de um item:

#### 1. Com quem é que pode realmente contar quando precisa de ajuda?

<input type="checkbox"/>	Ninguém	<input type="checkbox"/>	Cônjuge/ Companheiro(a)	<input type="checkbox"/>	Irmão/Irmã	<input type="checkbox"/>	Colaborador da Instituição
		<input type="checkbox"/>	Filho/Filha	<input type="checkbox"/>	Vizinho(a)	<input type="checkbox"/>	Idoso da Instituição
		<input type="checkbox"/>	Neto/Neta	<input type="checkbox"/>	Amigo/Amiga	<input type="checkbox"/>	Outra pessoa (especifique_____)

- Qual o seu grau de satisfação?

<input type="checkbox"/>	Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Algo insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/>	Satisfeito	<input type="checkbox"/>	Muito Satisfeito
--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	------------	--------------------------	---------------------